Кондрашенко В.Т., Донской Д.И., Игумнов С.А. Общая психотерапия: Рук. для врачей. – 4-е изд., перераб. и доп. – Мн.: Выш. школа, 1999. – 524 с.

УДК 615. 851 (083. 13) ББК 53757 К 64
Кондрашенко В. Т. и др.
К 64 Общая психотерапия: Рук. для врачей/ В. Т. Кондрашенко, Д. И. Донской, С. А. Игумнов. — 4-е изд., перераб. и доп. — Мн.: Выш. шк., 1999. — 524 с.

ISBN 985-06-0522-7.

В книге подробно изложены основные методы современной психотерапии и их теоретические основы, определено место психотерапии в комплексном лечении различных заболеваний. Впервые в отечественной литературе рассматриваются методы недирективной психотерапии, наиболее распространенные в зарубежной практике. Особое внимание уделено этическим проблемам взаимоотношений врача и пациента.
Третье издание книги вышло в 1998 г. В четвертое издание включен раздел, посвященный особенностям детской и подростковой психотерапии.
Предназначается широкому кругу врачей лечебных специальностей, преподавателям и студентам techинститутов, руководителям здравоохранения. Книга окажет неоценимую услугу психологам, социологам, педагогам, препринимателям, политикам и всем тем, кто интересуется вопросами регуляции собственных психических процессов и межличностных отношений.
УДК 615. 851 (083. 13) ББК 53. 57
ISBN 985-06-0522-7

Номер страницы вверху

ПРЕДИСЛОВИЕ

Приятно писать предисловие к хорошей и нужной книге. За неполные шесть лет книга переиздается в четвертый раз — это говорит само за себя.

В начале 90-х годов в отечественной психотерапевтической литературе образовался вакуум, особенно психоаналитической, недирективной психотерапии. Все, что опубликовано на эту тему за последние несколько десятилетий, представлено с позиций воинствующего материализма как «критические анализы зарубежной психологии и психотерапии», а поэтому устарело. Многие методы и целые направления, ориентированные на аналитическую психотерапию, за последние 50-60 лет вообще не публиковались. В таком состоянии, хромая на одну ногу, психотерапия не могла успешно развиваться дальше.

Представленная авторами книга в определенной мере заполняет этот вакуум. Поэтому не случайно в книге, особенно в первых ее изданиях, широко использованы такие, ставшие уже классическими за рубежом, но не известные отечественному читателю, источники, как «Личность и личностный рост» Д. Фрейдимена и Р. Фрейгера, «Групповая психотерапия» К. Рудестама, «Практика и техника психоанализа» Р. Гринсона и многие другие. Значительная часть этих работ не переведена на русский язык и по сей день.

В книге много внимания уделяется Зигмунду Фрейду, Карлу Юнгу, Альфреду Адлеру, Вильгельму Райху, Фредерику Перлсу, Карлу Роджерсу и другим «западным» классикам психоаналитической, гуманистической и недирективной психотерапии, но это не означает, что авторы книги отошли от материалистических позиций и игнорируют заслуги отечественных ученых, таких как И. М. Сеченов, И. П. Павлов, В. М. Бехтерев. Наоборот, большая заслуга авторов книги как раз и заключается в сближении двух, казалось бы противоположных друг другу, теорий (психоанализ Фрейда и нейродинамическая теория Павлова), и тем самым только заполняются пробелы в наших знаниях.

Практика показывает, что звания психотерапии необходимы сейчас не только врачам, традиционно занимающимся психотерапией (психиатры, наркологи), но и врачам-интернистам, организаторам здравоохранения, психологам, в первую очередь медицинским и социальным, студентам медицинских и других вузов.

Чем объясняется столь возросший интерес к освещаемым в книге проблемам? С несомненностью можно утверждать, что психическая деятельность человека — одна из сложнейших областей не только медицины. Существующие многообразные психотерапевтические способы воздействия на личность, психику и организм человека в целом отражают сложность и многообразие его функционирования. Психотерапия является не только лечебным фактором, но способствует познанию человеческой психики, и это привлекает к данному исследованию, помимо врачей, людей самых различных интересов и профессий. Привлекательно для читателя и то, что в книге содержится обширная информация, разбросанная по узким литературным источникам и часто не переведенная на русский язык, так что с ней трудно познакомиться самостоятельно. Приводятся сведения по истории возникновения отдельных методов психотерапии, интересные факты из жизни и деятельности их авторов, сыгравшие роль в формировании психотерапевтических позиций, теоретических основ отдельных методов психотерапии и практических подходов.

Авторами проделан огромный труд. Изучена, проанализирована, синтезирована необъятная литература по психотерапии и смежным дисциплинам. В этом отношении книга уникальна.

Книга лишена односторонности подобных работ, издававшихся у нас ранее. Десятилетиями наша отечественная литература сводилась главным образом к описанию различных вариантов гипносуггестивной терапии. Воинственно отвергалось все, что было связано с психоаналитическим пониманием психической деятельности. Пришло время наверстывать упущенное и обратиться к психоанализу, недирективной психотерапии, трансакционному анализу, нейролингвистическому программированию, гештальт-терапии и т. д.

Причина интереса к работе кроется еще и в том, что психотерапия перестает быть просто модой и становится всевозрастающей потребностью. Способствуют этому дальнейшее изучение сложных взаимоотношений психического и соматического, новые достижения в области психосоматической медицины и тот факт, что большинство современных заболеваний человека имеет мультифакториальную этиологию и сложный патогенез. Обязательными, а часто ведущими факторами в их возникновении и развитии являются психотравмы и личностные особенности. Эффективное лечение таких заболеваний невозможно без психотерапии. Хорошими примерами являются сосудистая патология (гипертоническая болезнь, инфаркт миокарда), язвы и дискинезии желудочно-кишечного тракта и т. д. При психогенных заболеваниях, таких как неврозы, психотерапия может быть ведущим методом лечения.

Способствуют интересу к психотерапии и новые знания в области медицинской психологии, помогающие оценить особенности личности больного человека и оказывать на него психотерапевтическое воздействие, формировать правильное отношение к своему заболеванию, психологическую адаптацию к ее последствиям. Немаловажную роль играет и очевидный патоморфоз соматических и психических заболеваний. Тенденция к увеличению невротической симптоматики при соматических болезнях и соматизация

психической патологии определили появление в медицине таких терминов, как соматизированные и соматоформные психические расстройства. Больные с такими расстройствами редко обращаются к психиатрам, лечатся у врачей любых специальностей. Все это ведет к тому, что врачи-интернисты испытывают всевозрастающую потребность в знании психотерапии и умении пользоваться отдельными ее приемами и методиками.

Помимо всего перечисленного, книга восполняет серьезный пробел в образовании студентов-медиков отечественных вузов, в программах которых на изучение психики больного человека, психотерапии выделяется неоправданно мало учебного времени.

Представляемая вниманию читателя книга существенно отличается от предыдущего издания.

Авторы полностью заменили одну из трех частей книги. Часть III в 3-м издании называлась «Парапсихология и современное естествознание». Материал, изложенный в этой части книги (особенно в первых ее изданиях), был, несомненно, нужен, так как помогал врачам грамотно бороться с различного рода колдунами, мистификаторами, а то и просто с шарлатанами. Эта тема актуальна и по сей день, но апогей борьбы с псевдопарапсихологами, как нам кажется, остался уже позади.

Более актуальной стала тема детской и подростковой психотерапии. Именно так и называется третья часть настоящей книги: «Особенности детской и подростковой психотерапии». В этом разделе детально изложен ряд практических методик, даются основные направления и принципиальные подходы к этой проблеме. Раздел, написанный опытным детским психотерапевтом кандидатом медицинских наук, заведующим курсом детской психиатрии и психотерапии при кафедре психотерапии БелГИУВ С. А. Игумновым, несомненно, нуждается еще в дальнейшей разработке и может вылиться в отдельную монографию, так необходимую сейчас практическим врачам.

***Доктор медицинских наук, профессор кафедры психиатрии Минского государственного медицинского института* Г. Г. Сорокина**

Психотерапия — система лечебного воздействия на психику, а через психику — на весь организм и поведение **больного.**

Принято различать понятие психотерапия в узко медицинском смысле как метод лечения (подобно физиотерапии, лечебной физкультуре) и в более широком, включающем в себя организацию труда и быта, профилактику психотравмирующих факторов и т. п. В таком случае психотерапия тесно связана с такими понятиями, как психогигиена и психопрофилактика.

Психотерапия является специфическим методом лечения, так как лечебный эффект здесь достигается не физическими или фармакологическими свойствами лечебного фактора, а той информацией и эмоциональным зарядом, которые она в себе несет (Свядощ, 1969). Речь идет именно о специфическом, психическом воздействии на человека, ибо лечебный эффект могут оказывать и нейролептики, и инсулин, и тепло или магнитное поле.

Психотерапия может применяться как самостоятельно, так и в комплексе с другими методами лечения. Талантливые клиницисты всегда использовали технику психотерапии при лечении соматических заболеваний, поэтому одни и те же лекарства, чудодейственные в их руках, теряли свое целебное свойство в руках других врачей.

Психотерапия может осуществляться при непосредственном контакте врача с пациентом или опосредованно: с помощью звукозаписи, радио, телефона, телевидения, кино, посредством печатного слова, музыки, картин...

В принципе, могут быть созданы психотерапевтические автоматы или технические устройства, которые смогут вводить нужную информацию непосредственно в мозг, минуя анализаторы, но, как показывает опыт, наиболее эффективным психотерапевтическим воздействием обла-

дает живое слово и непосредственное общение врача с больным.

Общепринятой классификации методов психотерапии в настоящее время не существует. Следует различать методы и формы (техники) психотерапии.

Под *методом* понимается общий принцип лечения, вытекающий из понятия сущности (патогенеза) заболевания. Так, например, понятие невроза как заблуждения ума, ошибочного мышления породило метод рациональной психотерапии (Дюбуа). Представление о неврозе как о расстройстве, вызванном застреванием в бессознательной сфере аффекта, пережитого в прошлом, вызвало к жизни метод катарсиса, а понимание невроза как проявления вытесненного в бессознательное инфантильно-сексуального влечения породило психоанализ (Фрейд).

Способ применения того или иного метода психотерапии называется *формой* психотерапевтического лечения. Так, например, метод рациональной психотерапии может применяться в форме индивидуальной беседы с больным, в форме беседы с группой или в форме лекции. Метод внушения может применяться в бодрствующем состоянии или в гипнозе. Психоанализ применяется в форме наблюдения потока свободных ассоциаций, исследования ассоциаций, анализа сновидений, в форме ассоциативного эксперимента и т. д.

Одна и та же форма психотерапевтического воздействия может служить различным методическим установкам. Так, гипноз может быть использован и с целью внушения, и с целью катарсиса.

Комплекс различных методов психотерапии, объединенных общим принципиальным подходом к лечению, образует *систему, или направление, психотерапии.* Принято говорить об отдельных направлениях психотерапии, в их рамках выделять отдельные методы, а уже внутри каждого метода — различные методики и приемы.

В настоящее время наибольшее распространение получили три психотерапевтических направления: 1) психоаналитическое; 2) бихевиористское; 3) экзистенциально-гуманистическое (недирективная психотерапия, гештальт-терапия и др.).

В отечественной психотерапии в последние годы преобладают следующие основные направления: суггестив-

ное (внушение в гипнозе и др.), реконструктивное (лич-ностно-ориентированное) и условно-рефлекторное.

Существует практически необозримое количество классификаций психотерапевтических методов лечения. Одна из них, разработанная И. 3. Вельвовским и соавт. (1984), приводится ниже в некотором сокращении.

1. Психотерапия в естественном состоянии бодрствования (рассудочно-ассоциативные формы и приемы; эмоционально-питиетивные и игровые методы; тренировочно-волевые формы; суггестивные формы).

2. Психотерапия в особых состояниях высших отделов головного мозга (гипноз-отдых по К. К. Платонову; внушение в гипнозе; постгипнотическое внушение; различные формы аутогипноприемов; методы аутогенной тренировки; релаксация по Джекобсону; наркогипноз; гипносуггестия при электросне и др.).

3. Психотерапия при стрессе, вызванном: а) психическим путем — испугом, острым положительным или отрицательным переживанием; б) фармакологическими (никотиновая кислота и др.) или болевыми (долорин и др.) агентами; в) физическими агентами (прижигание термокаутером); г) «нападением врасплох», посредством эфирной маски по А. М. Свядощу, усиленным гиперпноэ по И. 3. Вельвовскому и И. М Гуревичу.

Из всего многообразия методов психотерапии у нас в республике сейчас наиболее распространены следующие: 1) суггестивная психотерапия (внушение в состоянии бодрствования, естественного сна, гипноза, эмоционально-стрессовая психотерапия, наркопсихотерапия); 2) самовнушение (аутогенная тренировка, метод Куэ, метод Джекобсона); 3) рациональная психотерапия; 4) групповая психотерапия; 5) поведенческая психотерапия; 6) семейная психотерапия. Все чаще применяются психоанализ, трансактный анализ, гештальт-терапия и др.

Внутри каждого из этих методов существуют десятки, а то и сотни методик, которые, по меткому выражению Шкоды, не столько отличаются оригинальностью, сколько являются «мечтой каждого честолюбивого психотерапевта внести свой вклад в историю психотерапии».

Систематизируют психотерапию по характеру воздействия (прямая — косвенная); по этиопатогенетическому принципу (каузальная — симптоматическая); по цели

воздействия (седативная, активирующая, амнезирующая); по участию в ней больного (мобилизующе-волевая, пассивная); по виду воздействия врача (авторитарная, разъясняющая, обучающая, тренирующая); по источнику воздействия (гетерогенная, аутогенная); по направленности относительно патогенных установок (синергичная переживаниям, антагонистическая, дискуссионная); по тактике врача (выборочная, комбинированная или комплексная); по числу лиц, с которыми работает врач (индивидуальная, коллективная, групповая), и т. д.

Существует классификация принципов выбора метода психотерапии в зависимости от заболевания (Strotzka, 1986): 1) при острой истерической симптоматике предпочтительна суггестия; 2) при вегетативных нарушениях — аутогенная тренировка; 3) при жизненных трудностях — «разговорная» терапия; 4) при фобиях — поведенческая терапия; 5) при характерологических нарушениях — гештальт-терапия, психодрама; 6) при расстройствах, связанных с семейными проблемами, — семейная психотерапия; 7) при комплексных расстройствах с наличием предшествующего предрасположения — глубинно-психологические методы.

Психотерапия давно уже вышла за пределы психиатрии, невропатологии, в недрах которых она зародилась. Сейчас она широко применяется в наркологии, терапии, особенно при так называемых психосоматических заболеваниях, в акушерстве, дерматологии, педиатрии, стоматологии, хирургии и т. д.

Происходит экспансия психотерапии во «внеклиниче-скую» сферу (реадаптация, кабинеты социально-психологической помощи, кабинеты семейных отношений). Довольно широко используются сейчас отдельные методы психотерапии (эмоционально-психологическая разгрузка, психорегуляция, аутогенная тренировка) в спорте, на производстве, при подготовке космонавтов и членов экспедиций. Более того, многие методы психического воздействия давно используются служителями религии, в политике и экономике (реклама) и т. д.

Психотерапия сейчас стоит на стыке многих наук, прежде всего психологии, медицины, физиологии, философии, лингвистики, социологии, и в то же время все более отчетливо формируется в специальную область зна-

ний, где практические навыки и их использование с лечебной целью несомненно опережают фундаментальные исследования по их обоснованию, другими словами, где теория уже давно в долгу у практики.

Психотерапия располагает большим набором лечебных методик, применяемых в различных областях медицины. Это важный инструмент лечения, однако совокупность методик еще нельзя назвать психотерапией, так же как набор даже самых сложных хирургических операций еще не есть хирургия. Чтобы стать психотерапевтом, мало освоить многочисленные методические приемы (их сейчас более 3000); нужно научиться применять их осмысленно, а для этого важно понимать механизмы их лечебного воздействия, знать показания и противопоказания к их применению. Иными словами, нужно знать теоретическую основу психотерапии. Без этого психотерапевт, как и любой врач, становится ремесленником.

Отечественная психотерапия с начала своего зарождения (середина 20-х годов) развивалась однобоко. Наши ученые, особенно гипнологи и физиологи, много сделали на пути изучения механизмов внушения, гипноза. Но, став материалистами, мы «выбросили на помойку» все, что так или иначе несло в себе идеалистические начала, в том числе и учение о психоанализе, гештальт-терапию, психотерапию, центрированную на сознании, и т. д. В итоге в некоторых аспектах психотерапии, например в гипнологии, по сравнению с зарубежными психотерапевтами мы продвинулись дальше, а в других, особенно в части недирективных методов, несомненно отстали.

Было бы неверно думать, что две трети психотерапевтов Канады или Америки заблуждаются, а мы безоговорочно правы. Необходимо искать точки соприкосновения. А для этого требуется глубокое исследование теоретической базы зарубежной психологии и психотерапии. Иначе мы просто не поймем сущности многих зарубежных психотерапевтических методик, которые до сего дня чаще всего просто механически копируются.

И еще один вопрос, непосредственно связанный с предыдущим. Психотерапия не может и не должна стоять вне клиники, а психотерапевт должен быть прежде всего грамотным клиницистом. Наметилась тенденция на выделение так называемых «диагностических» (рентгеноло-

гия, функциональная диагностика) или лечебных (физиотерапия, рефлексотерапия) дисциплин. Это неверно по своей сути. Трудно представить себе кардиолога, не знающего ЭКГ, но еще труднее — врача, знающего ЭКГ, но не знакомого с кардиологией. Раньше психотерапией занимались в основном невропатологи и психиатры. Это было так же естественно, как умение современного психиатра проводить инсулин-шоковую терапию. Никто не выделяет инсулинологов. Сейчас психотерапия вышла за рамки психиатрии и невропатологии, но это не означает, что психиатр и невропатолог, равно как и всякий другой специалист, не должен владеть методами психотерапевтического лечения. Идеально, когда психотерапией занимается клиницист. Но в тех случаях, когда психотерапевт практикует самостоятельно, он обязан знать те заболевания, которые лечит. Прежде чем начать лечение, он должен уметь правильно установить диагноз» четко определить показания и противопоказания к психотерапевтическому лечению, предвидеть возможные осложнения, грамотно выбрать именно тот метод психотерапии, который «вписывается» в комплексное лечение данного конкретного заболевания.

Всякий ли врач может стать психотерапевтом? В принципе — да. Тем не менее влияние роли личности психотерапевта на эффективность лечения несомненна. Речь идет не о каких-то сверхъестественных мистических способностях. Под особенностями личности, отличающими хорошего психотерапевта от плохого, подразумеваются такие качества, как эмпатия, сердечность, теплота и доброта в общении с окружающими, внимание, умение понять пациента и, несомненно, артистичность.

Психотерапевтическое влияние одного человека на другого многие считают искусством. И в этом есть доля истины. Иногда говорят о врожденном психотерапевтическом таланте, и это тоже верно. Однако нельзя противопоставлять искусство науке, а врожденные способности психотерапевта — знанию и умению. Чтобы стать хорошим психотерапевтом, мало обладать нужными личностными особенностями и врожденными качествами — необходимо уметь развить их в себе и научиться ими пользоваться. Последнее определяется многими обстоятельствами.

Во-первых, психотерапия, как уже говорилось, стоит на стыке различных областей знаний: медицины, психологии, социологии, философии, а это требует от специалиста большого кругозора и глубоких знаний.

Во-вторых, психотерапия — это специфический метод лечения, состоящий из практических, подчас очень трудоемких методик, а это требует от врача при их освоении и проведении умения, терпения и трудолюбия.

В-третьих, психотерапия — очень трудная специальность, требующая от врача постоянного эмоционального напряжения и полной самоотдачи.

Психотерапия, уровень ее развития тесно связаны с уровнем культуры общества, с его обычаями, условиями труда и т. д. Там, где уровень культуры высокий, психотерапия развивается быстро и воспринимается как наука. В странах малоразвитых, с низким культурным уровнем психотерапевтические ритуалы окружаются мистикой, становятся орудием религии или шаманов.

Культурный уровень общества и особенности культуры и быта народов накладывают отпечаток и на особенности психотерапевтических методов и приемов. Многие восточные методики, связанные с йогой, буддизмом* суфизмом, у нас просто не будут «работать».

Хотелось бы уберечь начинающих психотерапевтов еще от ряда психологических трудностей, которых можно избежать. Некоторые врачи, начиная свою психотерапевтическую практику, ожидают от психотерапии чуда, склонны видеть в ней панацею от всех заболеваний. И когда оказывается, что никакого чуда в психотерапии нет, а есть только кропотливый и очень тяжелый труд, они быстро разочаровываются.

Психотерапия зиждется на методах лечения, освоение которых требует кропотливого труда и длительного времени. Освоить их за 3—4 месяца невозможно. Нужны годы изнуряющего труда, чтобы придать работе ту легкость и эффективность, которую мы иногда наблюдаем у опытного психотерапевта. Психотерапевт, выражаясь образно, должен перекопать горы песка, чтобы найти ту унцию золота, которая определяет смысл и успех его работы.

Не нужно обещать чуда и своим пациентам. «Торговцы надеждой» никогда не приносили пользы ни психотерапии, ни больным.

Долгие годы, по крайней мере последние 50—60 лет, мы воспринимали нашу отечественную психотерапию как различные варианты гипносуггестивной терапии. Тут у нас сформировались свои понятия, своя терминология. Оказалось, что внушение и гипноз — это еще не вся психотерапия. Сейчас мы судорожно наверстываем упущенное. Настала пора заново знакомиться с психоанализом, недирективной психотерапией, разговорной психотерапией, гештальт-терапией, осваивать трансактный анализ и т. д. На первых порах эти новые понятия и термины «режут слух», раздражают, воспринимаются негативно. Куда легче и спокойнее оперировать такими привычными понятиями, как процессы торможения и раздражения, застойные очаги возбуждения, доминанта. «сторожевой пункт». Значительно труднее, подчас с отрицательной эмоциональной окраской, воспринимаются термины: сопротивление, трансверс, рабочий альянс, психоаналитическая ситуация или такие понятия, как коллективное бессознательное, архетипы, анима и анимус и т. п. Любая непривычная, новая информация (психологи это знают) сначала воспринимается в «штыки» и лишь потом, при выработке нужных знаний и ассоциаций, усвоении необходимой лексики приводит к пониманию и удовлетворению.

Поэтому еще один совет начинающим психотерапевтам: наберитесь терпения и не спешите с выводами.

Вероятно, следует согласиться с мнением Б. Д. Карвасарского (1985), что ни в одной другой области медицины этические проблемы не приобретают столь существенного значения, как в психотерапии.

Уже при первой встрече психотерапевта с пациентом встает вопрос о согласии больного на проведение курса психотерапии. При этом непременным условием является позитивное отношение больного к лечению. Поэтому психотерапию не назначают, как пилюли или физиопроцедуры, — о ее целесообразности договариваются.

Эффективность психотерапевтического лечения зависит от взаимоотношений врача и пациента, от психотерапевтического альянса. Правильно построенные взаимоот-

ношения врач — больной зависят от многих факторов, среди которых не последнее место занимают опыт и искусство врача. То, что может себе позволить в общении с больным один врач, не может другой. Пожилой и опытный психотерапевт ведет себя иногда резко, нарочито грубо, но это не обижает, а, наоборот, успокаивает больного; молодой врач должен выбрать иную, более мягкую форму общения с больным. Следует помнить, что за внешней строгостью врача пациент всегда должен чувствовать тепло любви к себе, сопереживание, желание помочь. Пациент может простить врачу многое, но никогда не прощает равнодушия.

Не менее опасна для начинающего психотерапевта и чрезмерная самоуверенность. Уверенность в своих силах и в успехе лечения — это одно, а самоуверенность, да еще замешанная на недостаточной профессиональной грамотности, — совсем другое. Психотерапевт, знающий все и умеющий лечить все, так же опасен для больного, как и врач равнодушный.

От психотерапевта требуются высокая культура, порядочность и принципиальность. Эти качества вызывают у больного уважение и доверие к врачу, а это уже половина успеха в лечении. И, наоборот, если врач не блещет интеллектом, небрежно одет, корыстен, от него разит табаком или перегаром, он не может рассчитывать на психотерапевтический успех.

Большое значение для психотерапевта имеет культура речи. Речь врача должна быть грамматически правильной, свободной от всяких вульгарных оборотов, от непонятных больному терминов.

Врач-психотерапевт должен уметь не только просто и убедительно говорить, но внимательно и терпеливо слушать. Выслушать больного неврозом — значит уже облегчить его состояние.

На общение врача с больным накладывает отпечаток и характер заболевания пациента. Если по отношению к истерику или алкоголику иногда дозволена резкость и строгость, то психастеники или сенситивы всегда лучше реагируют на мягкость, понимание, тепло и тяжело переносят грубость и неделикатность.

К сожалению, в наш век стремительного технического прогресса, рационализма, социальных и экономических

преобразований сохранить свою духовность, которая «поднимает больных с постели», врачу очень трудно, и это еще более повышает степень его требовательности к себе.

В нашей стране быть хорошим врачом очень непросто. На подготовку врача уходит 7800 часов, из них процентов 97 — на изучение тела и заболеваний отдельных органов и лишь 3 процента — на психологию, этику и деонтологию. Иными словами, налицо ветеринарный подход к подготовке врача. И это средневековое мышление тянется от Парацельса. Именно он 25 июня 1527 г. публично сжег книги Гиппократа, Галена, Авиценны, назвав их самих «великими шарлатанами», учившими, что врач должен хорошо знать не только то, что действует на человека, но и те внутренние природные силы в самом организме, которые воспринимают это воздействие. «Не верьте им, — восклицал Парацельс перед изумленными студентами, — ибо болезнь — сорняк, который нужно найти и вырвать с корнем». Так начались поиски «сорняка», которые спустя 200 лет вылились в локальные теории медицины. Нынешний врач многое знает о клетках, органах, тканях и почти ничего — о человеке. Чрезмерная вера в лабораторно-инструментальный метод исследования привела к тому, что анализ мочи изучается глубже, чем сам больной... Не менее 50 процентов из тех, кто обращается в поликлиники и стационары с соматическими жалобами (по поводу заболеваний внутренних органов), по существу практически здоровые люди, нуждающиеся лишь в коррекции эмоционального состояния.

Психотерапевту необходимо знать не только клинику заболевания, которое он лечит, но в еще большей мере — психологию больного человека.

Больной неврозом с трудом признает психогенный характер своего заболевания. В социальном плане для него более престижна биологическая, органическая основа болезни. Диагноз «последствия перенесенной нейроинфекции» или «последствия травмы мозга» всегда более приемлем для больного, чем «невроз», «невротическое развитие» и т. п. Вольной терпимо относится к диагнозу «истерический невроз» и уж совсем негативно — к таким диагнозам, как «психопатия», «алкоголизм» или «шизофрения».

Больные с пограничными нервно-психическими расстройствами к психиатру идут неохотно: в определенной мере это относится и к психотерапевту, особенно если он работает на базе психиатрического лечебного учреждения.

Пациент всегда ждет от психотерапевта чуда. Авторитет врача, или, как говорил А. А. Портнов, «ореол, которым окружено его имя», несомненно является важным фактором, влияющим на эффективность психотерапевтического лечения. Но этим фактором нужно пользоваться умело.

В погоне за легким и быстрым успехом психотерапевт может незаметно скатиться до уровня знахаря или эстрадного артиста. Таких психотерапевтов, которые с легкостью обещают вылечить СПИД, рак, болезнь Литтла или лучевую болезнь, еще Проспер Мериме называл «торговцами надеждой».

Такая постановка вопроса совсем не означает, что психотерапевт не должен участвовать в лечении тяжелых органических и психических заболеваний. Психотерапевтически можно снять невротическое наслоение, нарушение сна у больного раком, эмоциональное напряжение у перенесшего инфаркт миокарда, чувство неполноценности у больного церебральным параличом и т. п., но обещать полное излечение подобных заболеваний только психотерапевтическим путем по меньшей мере жестоко.
В связи с этим вспоминаются слова Кречмера о том, что «современному врачу отвратительна роль волшебника». Слова эти, произнесенные более чем полвека тому назад, не потеряли своей актуальности и в наши дни.
Главное в работе психотерапевта — не изготовление для больного «психических протезов», а стремление раскрыть перед ним его же резервные, скрытые возможности. В этом отношении можно согласиться с английским психотерапевтом Shepard (1971), который считает, что настало время выработать законоположение, в котором следует четко определить, что психотерапия — это ограниченная профессия тех врачей, кто прошел соответствующую подготовку и готов придерживаться надлежащего этического кодекса. Можно только добавить, что такое законоположение нужно в наши дни не только для Англии, но в не меньшей степени и для нашей страны.

В заключение этого раздела книги и в качестве введения в курс «Общей психотерапии» нам хотелось бы поделиться с начинающими психотерапевтами результатами своего многолетнего опыта, сформулированного в виде *основных правил психотерапии.*

Вот эти правила.

- Психотерапия может быть только клинической. Врач, практикующий психотерапию, прежде всего должен правильно поставить диагноз и оценить динамику заболевания, которое он лечит.
- Психотерапия в комплексном подходе к лечению заболевания должна быть только предметом выбора, как и любой другой метод лечения.
- Ни один из существующих методов психотерапии не имеет преимущества перед другими, если последние применяются своевременно и с учетом механизма, клиники и динамики заболевания. Нет «хороших» или «плохих» методов психотерапии. Есть только хорошие или плохие психотерапевты.
- Психотерапия не терпит косности. В зависимости от динамики заболевания отдельные методы психотерапии могут применяться самостоятельно или в комбинации с другими, сменять, дополнять или усиливать друг друга.
- Психотерапия не эффективна, а иногда и вредна без обратной связи с больным, без учета имеющихся показаний или противопоказаний к тому или иному методу лечения.
- Психотерапия, даже в групповых ее вариантах, должна быть индивидуализированной, личностно и социально ориентированной.
- Любой, даже самый опытный, психотерапевт должен знать не только технику применяемых им психотерапевтических методов, но и что более существенно, теоретическую базу, на которой эти методы основаны. В противном случае, работая «вслепую», он в лучшем случае станет ремесленником, в худшем — шарлатаном.
- Психотерапия, так же как и любая другая отрасль клинической медицины, должна держаться на трех «китах»: клинике, знаниях (теории) и профессионализме.

Часть1

СУГГЕСТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ УЧЕНИЯ О ГИПНОЗЕ И ВНУШЕНИИ

Использование таких удивительных и еще не достаточно изученных состояний психики человека, как внушаемость и гипноз, уходит своими корнями в доисторическое прошлое. Внушение в бодрствующем состоянии и особенно в гипнозе использовали жрецы и шаманы, вожди и полководцы, целители и мистификаторы.

В одном из самых древних источников о способах врачевания — египетском папирусе Эберса (XVI в. до н. э.) содержится описание 900 прописей целительных трав и снадобий. Но самым примечательным является начало папируса, которое звучит примерно так:

«Слова, которые следует произносить четко и произносить часто, как только возможно, прикладывая лекарство к больным членам, для того чтобы уничтожить поразившие их страдания: «Изис, освободившая Ози-риса, избавившая Гора от злополучных деяний, его брата Сета, убившего своего отца Озириса, о, Изис, великая богиня заклинаний! Освободи и меня от всего злого, от боли и злоумышленных действий, освободи меня от бога и богинь страдания, от смерти, от того, что проникло в меня...». Во всем тексте папируса настойчиво проводится мысль о необходимости сопровождать принятие каждого лечебного средства обращением к богам и духам. Например, при принятии лекарства внутрь (питье, порошки) необходимо произнести заклинание: «Помоги! Иди и изгони то, что находится в моем сердце и моих членах. Заклинания бла-

готворны в сопровождении лекарств и лекарства благотворны в сопровождении заклинаний».
Использовали древние жрецы внушение и в состоянии гипноза. В греческом храме, посвященном богу-врачевателю Асклепию, имелось специальное помещение — абатон, где паломники» пройдя предварительные сложные процедуры богослужения» погружались в искусственный сон, во время которого слышали голос Асклепия. Характерно, что стены храма были составлены из огромных каменных плит, на которых были вырезаны надписи с подробным описанием наиболее выдающихся исцелений, свершившихся в храме. Этот прием, усиливающий суггестию, применяют и в наши дни многие психотерапевты.
Одним из наиболее искусных древних психотерапевтов, согласно книгам Нового Завета, был Иисус Христос. В VIII главе Евангелия от Матфея описывается, как Христос исцелил двух «весьма свирепых», переселив из них бесов в стадо свиней: «И он сказал им: идите. И они, вышедши, пошли в стадо свиное. И вот, все стадо свиней бросилось с крутизны в море и погибло в воде» (стих 32). В главе IX (стихи 27—35) рассказывается об исцелении словом слепых и немых. Евангелие от Луки (гл. VIII) свидетельствует о мгновенном исцелении женщины, двенадцать лет страдавшей от кровотечений (стихи 43—44).
Удивительно и то, что сам Иисус понимает силу внушения и самовнушения. Он говорит людям, идущим к нему за исцелением: «По вере вашей да будет вам».
Широко распространено внушение и самовнушение в странах Востока, особенно в Индии. Швейцарский этнограф Штолль в своей книге «Гипноз и внушение в психологии народов» рассказывает о том, как йог Харид посредством самовнушения погрузил себя в состояние, близкое к анабиозу, и пробыл в таком состоянии в деревянном ящике без пищи и воды в течение 40 дней.
Велика в Индии и вера в могущественную чудотворную силу заклинаний. Вот одно из них, взятое из тайной книги брахманов «Атхарваведы»: «Раны на теле, исчезните. Это 55 или 67, или 99 страданий, которые исчезают все». Заклинание сопровождается ритуалом: брахман раскачивается в такт заклинанию и сжигает на огне определенное количество листьев какого-либо растения. Закли-

нание оказывает свое исцеляющее воздействие, если произносится 70 раз.
Светоний и Тацит свидетельствуют, что царь Пирр и император Веспасиан излечивали прикосновением большого пальца правой ноги. Короли Франции и Англии исцеляли своих подданных наложением руки.
Однако эти психотерапевтические приемы, выработанные храмовой медициной, были поставлены священнослужителями с ног на голову. Люди отнимали у себя свои достижения, чтобы отдать их богу, а затем вымаливать у него то, что создано их собственным разумом и опытом.

**** ***

Учение о гипнозе неразрывно связано с именем венского врача Франца Антона Месмера (1734—1815). Это был один из образованнейших людей своего времени. Он имел три диплома: доктора медицины, права и философии. Месмер музицировал с Вольфгангом Амадеем Моцартом, был дружен с его отцом, Леопольдом Моцартом. Изредка, в свободное от науки и музыки время, Месмер практиковал как врач. Используя в качестве лечебного средства магнит, введенный в практику Парацельсом еще в начале XVI в., Месмер неожиданно для себя обнаружил, что лечебный эффект у определенной категории больных наступает и в тех случаях, когда вместо магнита он прикасается к ним своей рукой. Из этого он сделал вывод о том, что целебная сила заключается не в магните, как утверждал Парацельс, а в руках целителя. Собственное открытие поставило Месмера в тупик, но как добросовестный ученый он стал искать этому явлению теоретическое объяснение. В результате он создал теорию, сущность которой сводится к следующему: Вселенная пронизана особого рода невидимой субстанцией — магнетическим флюидом (от греч. *fluldas* — текущий), и отдельные, особо одаренные личности (к ним Месмер причислял и себя) обладают способностью «накапливать» в себе магнетические флюиды, а затем непосредственно или через специальные приспособления передавать их другим людям.

Для лечения больных Месмер сконструировал специальные «бакэ» (чаны, наполненные железными опилками). В крышке каждого чана были сделаны отверстия, из которых наружу выходили подвижные железные стержни. Больные располагались вокруг бакэ, брались за стержни и друг за друга, образуя длинные цепочки. Сам Месмер выходил в лиловой одежде и «намагничивал» чаны, прикасаясь к ним хрустальным жезлом. Во время сеанса играла нежная музыка. Больные доводили себя до состояния «кризиса», во время которого они плакали, кричали, корчились в судорогах. Потом их переносили в специальный зал, где они, изможденные судорогами, засыпали, а очнувшись ото сна, чувствовали себя освобожденными от страданий.

Месмер не был шарлатаном. Он был глубоко уверен в правоте своей теории, которую считал «физиологической и рационалистической» (Chertok, 1972). Он был убежден, что существование флюида так же реально и материально, как, например, действие металлического магнита. Однако Месмер утверждал, что открытый им «животный магнетизм» существенно отличается от действия магнита, и смутно догадывался, что кроме флюидов на больного воздействуют еще «какие-то силы». Отсюда и все эти ритуалы с камзолом, музыкой, жезлом... Не следует забывать, что в XVIII в., веке энциклопедистов, еще процветало суеверие, вера в колдовство и т. д. В то время еще сжигали колдуний на кострах (последняя была сожжена в 1782 г.).

В 1774 г. месмеровская теория «магнетических флюидов» рассматривалась на совместном заседании Французской академии и Королевского медицинского общества, в котором принимали участие такие видные ученые, как Лавуазье, Франклин, Жюсье, Байли. Приговор комиссии экспертов был достаточно суров и категоричен. Животный магнетизм был осужден. Целебное действие (а его отрицать было невозможно) приписывалось не флюидам, существование которых ставилось под сомнение, а... воображению. «Воображение без магнетизма вызывает конвульсии, — говорилось в заключении, — а магнетизм без воображения не вызывает ничего». Но главное заключалось в том, что осуждены были не только теория Месмера, но и сам метод лечения, который, по мнению

академиков, «отрицательно влияет на нравственные устои общества».

В 1776 г. Месмер переезжает в Париж, добивается аудиенции у короля Франции Людовика XVI и заручается поддержкой королевы Марии-Антуанетты. На научный Олимп оказывается давление, но Академия остается непреклонной в своем решении. В годы французской революции Месмер эмигрировал в Швейцарию, где умер в забвении и безвестности в 1815 г. Но семена, посеянные им, дали свои всходы. В 1882 г. Французская академия под влиянием работ Шарко признала метод лечения гипнозом научно обоснованным, то есть одобрила по существу то, что сто лет назад решительно отвергла.

В 1818 г. поклонник Месмера Шостенье де Пьюнсегюр, практикуя «магнетические» пассы, открывает наиболее глубокую стадию гипноза — *сомнамбулизм.* Магнетизируя больного, Пьюнсегюр убеждается в том, что пациент погружается в состояние «магнетизма» не только в результате прикосновений, но и под воздействием слова, приказа. Выходит, флюиды здесь ни причем, а главный действующий фактор — внушение?

Однако началом научного изучения гипноза следует все-таки считать исследования английского хирурга **Джеймса Брейда** (1795—1860). Присутствуя на сеансах известного французского магнетизера Шарля Лафонтена (внука знаменитого баснописца), Брейд обратил внимание на то, что подопытный, впавший в состояние «магнетизма», не может открыть глаза, пошевелить рукой и вообще напоминает спящего человека. Брейд решает сам продолжить опыты по «магнетизации», но применяет при этом свой оригинальный метод. Он предлагает пациенту фиксировать взор на любом предмете, например на горлышке бутылки, и не думать ни о чем, кроме сна. Результаты опытов превзошли ожидания. Все пациенты после нескольких минут общей расслабленности и фиксации взгляда впадали в состояние, которое Брейд назвал *гипнозом* (по-гречески — сон).

Результаты своих опытов Брейд опубликовал в книге «Нейрогипнология». Он рассматривал гипноз как особый вид сна, наступающий в результате утомления сосредоточенного взора и внимания, расслабления мышц и замедленного дыхания.

Для объяснения механизма гипноза Брейд использовал гипотезу о *моноидеизме,* или о состоянии схваченности одной единственной мыслью. Это состояние, как он полагал, возникает у загипнотизированного в результате сосредоточения взора и мысли на одном предмете.

Теоретическое объяснение Брейдом гипноза с точки зрения наших дней представляется несколько наивным, но практические наблюдения, сделанные им, не потеряли своей актуальности и сегодня.

Брейд одним из первых отметил тот факт, что восприимчивость людей к гипнотизации — *гипнабельность* — неодинакова и зависит не столько от личности гипнотизера, сколько от состояния нервной системы пациента. Он обратил внимание на то, что глубина гипноза у различных людей может быть различной, а иногда меняется на протяжении одного и того же сеанса. Брейд убедился в особой силе внушения в состоянии гипноза и использовал этот эффект как метод лечения истерических параличей, припадков, амоврозов. Но главной заслугой Брейда является то, что он был первым, кто взглянул на гипноз как на явление земное, материальное, вызванное естественными, физиологическими причинами.

После смерти ученого центр изучения гипноза переместился во Францию. Точнее, во Франции образовались два центра по изучению гипноза: первый в Сальпетриере (под Парижем) во главе с всемирно известным неврологом и психиатром Жаном Мартеном Шарко (1825—1893) и второй в Нанси во главе с профессором терапевтической клиники университета Ипполитом Бернгеймом (1837—
1919).

Поводом для новой волны интереса к гипнозу во Франции послужил тот факт, что Шарко была поручена проверка эффективности вошедшей в ту пору в моду металлотерапии.

Так, французский исследователь Бюрк примерно в 1850 г. сделал наблюдение, что если больная в состоянии сомнамбулизма дотрагивается до медной ручки двери, то впадает в каталепсию. Этого не происходило, если на ручку двери была предварительно надета резиновая перчатка. В 1876 г. Бюрк, накопив большой фактический материал, обратился к президенту французского Биологического общества, и тот назначил комиссию по изуче-

нию этих фактов. В состав комиссии вошел и Шарко. Комиссия подтвердила факты, полученные Б юрком, но не сумела дать им убедительного теоретического объяснения. Работая в комиссии, Шарко заинтересовался гипнозом как методом воздействия на больных. В ту пору его интересовал механизм возникновения неврозов, особенно истерии. И тот факт, что многие симптомы истерии в состоянии гипноза буквально «на глазах» исчезали или, наоборот, проявлялись, привели Шарко к выводу о том, что гипноз является не чем иным, как искусственно вызванным истерическим неврозом.

Шарко разработал свой «шоковый» метод гипнотизации. Пациента вводили в полузатемненный зал. Вдруг раздавался оглушительный звук гонга. Перед глазами вспыхивал яркий свет, и пациент впадал в состояние гипноза. Шарко выделил три стадии глубины гипноза:
каталепсию, летаргию и сомнамбулизм.

Но главная заслуга Шарко, пожалуй, заключается в том, что он привлек к гипнозу внимание мировой научной общественности. Под его влиянием изучением гипноза занимались такие видные ученые Парижа, как неврологи Поль Риже и Жиль де ля Турет, Ж. Бабинский, Шарль Фере, психиатр Пьер Жане, патофизиолог Альфред Бине и многие другие.
Представители нансийской школы (Бернгейм, Дюмон, Бонн и др.) считали, что гипноз — это психологический феномен, связанный с внушением. Они рассматривали гипноз как результат того, что гипнотизируемый поддается внушающему влиянию гипнотизера, не обнаруживая при этом достаточной критики к полученному внушению. Широко известно утверждение нансийцев: «Гипноза нет, есть только внушение». В то же время они категорически отрицали болезненную, истерическую природу гипноза.
Между парижской и нансийской школами гипнологов развернулась длительная и достаточно острая научная дискуссия. В конечном итоге на первом Международном конгрессе физиологической психологии, состоявшемся в Париже в 1889 г., нансийцы одержали убедительную победу.
Следует, однако, отметить, что ошибок не избежала ни та, ни другая школа. Если Шарко, идентифицируя гипноз с истерией, ограничил рамки его лечебного применения,

26

то Бернгейм и его сторонники, отождествляя понятия *гипноз и внушение,* тем самым отрицали самостоятельность гипноза и существование его вне сферы вербального воздействия.

С современных позиций следует признать, что, хотя гипноз и внушение взаимосвязаны, тем не менее они представляют собой отличные друг от друга явления хотя бы уже потому, что в гипноз можно погрузить не только человека, но и животных, в то время как восприятие словесного внушения присуще только человеку.

Было бы неверно думать, что изучением гипноза в 60—80-е годы XIX в. занимались исключительно в Англии и Франции.
Большой вклад в изучение гипноза сделал шведский психотерапевт Отто Веттерстранд, опубликовавший книгу «Гипнотизм и его применение в медицине» (переведена на русский в 1893 г.), в которой он описывает особенности лечения гипнозом соматических заболеваний (болезни сердца, астма, болезни желудка), впервые ставит вопрос о лечении гипнозом хронического алкоголизма.

Немалую роль в развитии учения о гипнозе сыграли труды немецких врачей Левенфельда и Молля.
Одновременно с работами Шарко, Бернгейма, Бони профессор физиологии Харьковского университета В. Я. Данилевский (1852—1939) в многочисленных экспериментах показал возможности гипнотического воздействия на животных. Свои исследования он начал в 1874 г. и проводил их на самых различных представителях животного мира: лягушках, ящерицах, змеях, тритонах, черепахах, крокодилах, речных раках, морских крабах, лангустах, омарах и каракатицах, различных рыбах и птицах. А в 1891 г. он выступил с докладом на IV съезде Общества русских врачей в Москве, где на основании огромного материала и тонких экспериментов убедительно доказал единство природы гипноза у человека и животных, нанеся тем самым ощутимый удар по взглядам нансийскоЙ школы.
На этом же съезде с докладом «Терапевтические приемы гипнотизма» выступил ученик и последователь С. С. Корсакова. А. А. Токарский (1859—1901). Страстный сторонник внедрения гипноза в лечебную практику, А. А. Токарский говорил в своем докладе: «Смешно было

27

бы думать, что гипнотизм вырос где-то сбоку, за дверями храма науки, что это подкидыш, воспитанный невеждами. Можно только сказать, что невежды его достаточно понянчили и захватали руками». Прошло сто лет, но слова, сказанные А. А. Токарским, и сейчас звучат с прежней страстностью и актуальностью. В начале 80-х годов А. А. Токарский впервые начал читать курс физиологической психологии и гипнотерапии на медицинском факультете Московского университета.
Известно о благосклонном отношении А. А. Токарско-го к народным целителям и даже служителям церкви, использовавшим методы прямого и косвенного внушения в лечебных целях. В 70—80-х годах в селе Нахабино (под Москвой) священник Сергий Пермский исцелял хронических алкоголиков посредством того, что брал с них «зарок» не пить спиртного. При этом заставлял их целовать крест и Библию. В проповеди, предшествующей этому ритуалу, отец Сергий убеждал в том, что христианин, вновь начавший пить после «боговдохновленного зарока», совершает тяжкий грех. Таким образом отец Сергий излечил около 30 тысяч человек, которые создали свои общины «чаепитников».
А. А. Токарский специально ездил смотреть, как исцеляет алкоголиков отец Сергий, отнесся к тому весьма одобрительно, а вернувшись, сказал: «Ничего, кроме внушения и гипноза, я там не видел» никаких «чудес», никакой «воли божей» — обычная психотерапия «верой». Обо всем этом он рассказал в своей книге «Терапевтическое применение гипнотизма» (Токарский, 1890).
Большую роль в развитии отечественной и мировой психотерапии сыграл В. М. Бехтерев (1857—1927).
Родился В. М. Бехтерев 20 января 1857 г. в селе Сорали Елбушского уезда Вятской губернии в семье станового пристава. В 1873 г. он поступил в прославленную Медико-хирургическую академию. Дело не обошлось без курьезов. При поступлении выяснилось, что этому огромному, похожему на Илью Муромца, парню нет еще 17 лет. Двери академии захлопнулись, но Володя Бехтерев был не так прост. Он пошел домой к начальнику академии профессору Я. А. Чистовичу и сумел убедить его, что дело не только в количестве прожитых лет...

28

Способности и работоспособность этого человека были поистине легендарными. Будучи слушателем академии, он успел побывать на войне с турками за освобождение Болгарии, участвовал в нескольких студенческих забастовках, был одним из организаторов бойкота физиолога И. Ф. Циона, чем на всю жизнь нажил себе недоброжелателя в лице молодого И. П. Павлова.

В 1878 г. В. М. Бехтерев окончил академию и был оставлен в должности врача-стажера при кафедре психиатрии, которую возглавлял И. П. Мержеевский, ученик и преемник родоначальника отечественной психиатрии И. М. Балинского.

В 24 года В. М. Бехтерев блестяще защищает докторскую диссертацию, а в 1884 г. в возрасте 27 лет командируется за границу... И снова пути удмурта с Вятки пересеклись с И. П. Павловым. Тот был на 9 лет старше В. М. Бехтерева» работал в ту пору в физиологической лаборатории при клинике С. П. Боткина, но имел меньше научных работ и был менее известен как ученый. Из трех кандидатов в заграничную командировку (Бехтерев, Левашов и Павлов) конференция академии отобрала только двоих — В. М. Бехтерева и клинициста С. В. Левашова. И. П. Павлов был глубоко оскорблен таким решением конференции и косвенно обижен на В. М. Бехтерева.

Находясь в заграничной командировке в Лейпциге, В. М. Бехтерев в декабре 1884 г. получает официальное приглашение, подписанное министром народного просвещения Деляновым, занять кафедру психиатрии в Казанском университете. И снова проявляется характер ученого. Прежде чем дать свое согласие, он ставит три условия: организовать в Казани клинику душевных болезней, учредить дополнительную должность ассистента кафедры и продлить сроки его командировки с целью стажировки в клинике Шарко. Все требования В. М. Бехтерева были удовлетворены. До весны 1885 г. он стажируется в Саль-петриере, увлекается гипнологией, успевает еще побывать в Вене у «знатока мозга» Мейнрета и осенью уезжает в Казань. С первых дней пребывания в Казани В. М. Бехтерев стал активным поборником лечения гипнозом и внушением.

В 1893 г. в возрасте 36 лет В. М. Бехтерев был назначен начальником кафедры душевных и нервных болезней

Военно-медицинской академии. Он сменил на этом посту И. П. Мержеевского.

И. П. Мержеевский был отличным клиницистом, морфологом, но к психотерапии, особенно к лечению гипнозом, относился скептически. Возможно, этому способствовал нездоровый «гипнотический бум», который прокатился по всей Европе и достиг своего апогея в России в середине 80-х годов.

И. П. Мержеевский добивается решения Медицинского совета об осторожном применении гипноза во врачебной практике. После этого могли прибегать к гипнозу только с разрешения администрации и обязательно в присутствии второго врача.

Заняв кафедру, В. М. Бехтерев настоял на отмене этих ограничений. Сам Бехтерев в лечении больных широко пользовался внушением под гипнозом. Когда в юбилейном для Военно-медицинской академии 1898 г. В. М. Бехтереву предложили выступить с актовой речью, он посвятил ее роли внушения в общественной жизни. Позже, в 1903 г., эта речь была издана отдельной книгой: «Внушение и его роль в общественной жизни».

Некоторые положения, высказанные В. М. Бехтеревым в этой книге, актуальны и в наши дни. Прежде всего он четко разграничивает в ней такие понятия, как *убеждение, внушение и гипноз.*

Убеждение, по его мнению, входит в сферу психической деятельности при посредстве личного сознания, усваивается нами путем обдумывания и осмысленной переработки, становясь прочным достижением нашего *Я.*

«Внушение, — утверждал В. М. Бехтерев, — сводится к непосредственному прививанию тех или других психических состояний от одного лица другому, — прививанию, происходящему без участия воли воспринимающего лица и нередко даже без ясного с его стороны сознания».

Гипноз, по В. М. Бехтереву, представляет собой «не что иное, как искусственно вызванный видоизмененный нормальный сон», при котором, однако, сохраняется контакт с гипнотизером. «У загипнотизированного, — пишет В. М. Бехтерев, — наступает особое состояние пассивности, в силу чего внушение действует на него столь подавляющим образом».

Внушения могут иметь форму приказаний, лозунгов, личного примера... «Команда действует не только силой страха за непослушание, но и путем внушения или прививки известной идеи... Пример тоже может действовать как внушение, ведущее к совершенно невольному и безотчетному подражанию». Сначала идеологическая обработка, потом строевая муштра, развивающая пассивную подчиняемость, потом приказ: «Иди и убей!» Идет и убивает. Таков механизм поведения солдат на войне.

«Внушение, — утверждает В. М. Бехтерев, — действует путем непосредственного прививания психических состояний, то есть идей, чувствований и ощущений, не требуя вообще никаких доказательств и не нуждаясь в логике... внушение действует прямо непосредственно на психическую сферу другого лица путем увлекательной и взволнованной речи, жестов, мимики».

Пути передачи психического состояния с помощью внушения более многочисленны и разнообразны, нежели пути передачи мыслей путем убеждения. Поэтому «внушение представляет собой гораздо более распространенный и нередко более могущественный фактор, нежели убеждение».

Внушение, как правило, сочетается с взаимовнушением и самовнушением, которые могут привести к психическим эпидемиям. Их характер в значительной мере определяется господствующими в данный период воззрениями. Так, для XVI в. были характерны «эпидемии» колдовства, для XVII в. — бесноватость, одержимость, для XIX в. — мании величия и преследования.

При В. М. Бехтереве была распространена вера в спиритов, в «духов», не утихала деятельность мистификаторов и шарлатанов. Внушенные идеи В. М. Бехтерев называл «психическими микробами». «Не подлежит сомнению, — говорил он, — что... психический микроб в известных случаях оказывается не менее губительным, нежели физический микроб, побуждая народы время от времени к опустошительным войнам и взаимоистреблению, возбуждая религиозные эпидемии и вызывая, с другой стороны, жесточайшие гонения новых эпидемически распространяющихся учений».

Всю свою сознательную и плодотворную жизнь В. М. Бехтерев способствовал внедрению в практику ме-

дицины гипносуггестивной терапии. И когда в декабре 1927 г. В. М. Бехтереву, в ту пору признанному лидеру отечественной невропатологии и психиатрии, предложили выступить на I Всесоюзном съезде невропатологов и психиатров, он сделал доклад о коллективном лечении внушением под гипнозом больных алкоголизмом.
Триада условий, определяющих сущность и эффективность этого метода лечения (триада Бехтерева), не утратила своей актуальности и в наши дни. Она включает в себя:
• разъяснительную беседу рационального плана;
• внушение в гипнозе;
• обучение участников группы формулам самовнушения.
Этот свой доклад В. М. Бехтерев сделал за 30 часов до смерти.

История отечественной психотерапии, естественно, не ограничивается именами В. Я. Данилевского, А. А. Токарского, В. М. Бехтерева. Большой вклад в развитие патогенетической психотерапии внес В. Н. Мясищев, активизирующей терапии — С. И. Консторум, психосоматической терапии — К. И. Платонов, эмоционально-стрессовой терапии — В. Е. Рожнов. За каждым из этих имен стоят десятки их учеников.
Отечественная психотерапия немыслима и без таких имен, как Е. Н. Довбня, Ф. Е. Рыбаков, В. Н. Хорошко, П. П. Подъяпольский, А. И. Яроцкий, А. Ф. Лазурский, Ю. В. Каннабих, В. М. Нарбут, Ф. Д. Неткачев, В. А. Гиляровский, М. П. Кутанин, М. В. Стрельчук и многие другие.
История отечественной психотерапии по-существу является историей развития учения о гипнозе и внушении. Недирективные методы психотерапии, в том числе и психоанализ Зигмунда Фрейда, нашедшие в России благодатную почву в начале века, в 30-х годах были осуждены как метафизические, чуждые материалистическому мировоззрению, и на них было наложено табу. Вместе с мыльной пеной был выплеснут и младенец.

Следует отметить, что и сам Фрейд сыграл отрицательную роль в истории развития гипнологии, совершив ту же ошибку, что и ортодоксальные гипнологи по отношению к психоанализу.
Фрейд сначала интересовался гипнозом, ездил изучать его технику к Шарко и Бернгейму, но потом, встав на позиции психоанализа, предал гипноз анафеме. В 1910 г. с кафедры Кларковского университета в Америке он говорил: «Вскоре гипноз стал для меня неприятен, как капризное и, так сказать, мистическое средство. Только когда вы исключите гипноз, вы сможете заменить сопротивление и вытеснение и получите действительно правильное представление о патогенном процессе». Быстрое распространение идей психоанализа на Западе и авторитет Фрейда сыграли свою роль. Интерес к гипносуггестив-ной терапии в начале века в странах Запада заметно снизился и только благодаря работам последних 3—4 десятилетий начал возрождаться вновь.
Решением Британской медицинской ассоциации в 1955 г. гипноз полностью реабилитирован в Англии. В 1958 г. Американская медицинская ассоциация официально включила гипноз в медицинскую терапию. В 1955 г. во Франции была издана Медико-хирургическая энциклопедия, в которой гипнозу (том «Психиатрия») посвящена отдельная глава. Однако лишь в 1965 г., после 65-летнего перерыва, в Париже состоялся III Международный конгресс по гипнозу.
Это не означает, что психотерапия на Западе полностью ориентирована на внушение и гипноз, но время и здравый смысл способствуют все большему сближению директивных и недирективных методов психотерапии.

Единой теории, объясняющей природу гипноза, в настоящее время нет. Существуют отдельные концепции, в той или иной степени обоснованные системы взглядов на механизм этого явления. Остановимся на некоторых из них.
Нейродинамическая теория И. П. Павлова. По И. П. Павлову, гипноз — это частичный сон. Он представ-

ляет собой промежуточное, переходное состояние между бодрствованием и сном, при котором на фоне заторможенных с разной степенью интенсивности участков головного мозга присутствует бодрствующий, «сторожевой» пункт в коре больших полушарий, обеспечивающий возможность «рапорта» между гипнотизируемым и гипнотизером.
Выделяют три фазы гипнотического состояния: *уравнительную, парадоксальную и ультрапарадоксальную.* В уравнительной фазе сильное раздражение вызывает слабую реакцию, а слабое — сильную. В ультрапарадоксальной фазе реакция может быть получена посредством неадекватного стимула, то есть стимула, на который клетки головного мозга в состоянии бодрствования не реагируют. Например, обычный медный пятак при определенного рода внушении может вызвать ожог кожи. Парадоксальной фазой И. П. Павлов, а позже К. И. Платонов объясняли необыкновенную силу слова в состоянии гипноза, которое в бодрствующем состоянии является слабым раздражителем.
Следует подчеркнуть, что большинство отечественных гипнологов и в наши дни в понимании природы гипноза стоят на физиологических павловских позициях.
Вместе с тем нельзя не отметить, что многие понятия, касающиеся физиологической природы сна, в последние несколько десятилетий претерпели изменения.
И. П. Павлов рассматривал физиологический сон как разлитое корковое торможение. Он различал пассивный и активный сон, а сам процесс торможения считал активным процессом. Последнее предположение ученого гениально, но долгое время не находило развития в работах его учеников. Начало новых исследований, изменивших привычные представления о природе сна, следует отнести к работам австрийца Бергера, а затем канадца Джаспера, которые в начале 30-х годов сумели записать ЭЭГ сна и бодрствования, существенно отличающиеся друг от Друга.

В 1949 г. американец Мегун и итальянец Моруцци, Раздражая электротоком ограниченную зону ретикулярной (сетевидной) формации, вызывали реакцию пробуждения, то есть наблюдали активирующее влияние ретикулярной формации на кору мозга.

Анатомически ретикулярная формация известна давно; она расположена по всей длине ствола мозга» соединяя спинной мозг с корой головного мозга. Функциональное же назначение этого образования долгое время оставалось неясным. Дальнейшие исследования, начавшиеся с опытов Мегуна и Моруцци, показали, что все афферентные и эфферентные пути от анализаторов к соответствующим зонам коры (специфический поток импульсов) идут через ретикулярную формацию и отдают ей часть энергии. Возникает новый поток импульсов, но уже неспецифический. Воздействуя диффузно на всю кору, этот неспецифический поток импульсов имеет большое биологическое значение, так как при сигнале «неблагополучия» включает весь мозг, а не отдельный его участок. В дальнейшем выяснилось, что ретикулярная формация несет две основные функции: 1) поддерживает бодрствование;
2) вызывает сон (этим объясняются и результаты экспериментов Бремера).
Продолжающиеся исследования показали, что в сете-видной субстанции в нижнем отделе гипоталамуса находится аппарат, активно организующий ЭЭГ сна (синхронизирующий аппарат Моруцци), и аппарат, организующий ЭЭГ бодрствования (диссинхронизирующий аппарат). Синхронизирующий и диссинхронизирующий аппараты действуют периодически, ритмично, вызывая сон или бодрствование. Оказалось, что работа этих аппаратов, как и вся жизнедеятельность организма, связана с биологическими ритмами. Постепенно выяснилось, что и сон по своей структуре неодинаков. Он также имеет свою синхронность, свои ритмы. Эти ритмы и отражаются на ЭЭГ.
В настоящее время различают медленный и быстрый сон. Фаза быстрого сна (ФБС) занимает 25 % ночного сна. Медленный сон (ФМС) сменяется быстрым — это и есть «цикл» сна. У здоровых людей за ночь проходит 4—6 завершенных циклов сна. ФБС качественно отличается от ФМС. Несмотря на то что по картине ЭЭГ при ФБС сон более поверхностный, чем при ФМС, разбудить человека в состоянии быстрого сна труднее, чем в состоянии медленного сна. При ФБС отмечаются сновидения, снижение мышечного тонуса, увеличение движений глазных

яблок, «вегетативная буря», усиление гормональной активности.

Таким образом, по современным понятиям, сон — это активный процесс, тесно связанный не только с функцией коры головного мозга, но в еще большей степени с функцией подкорки, ретикулярной формации, и говорить сейчас о сне как о «разлитом корковом торможении» означает не учитывать всех механизмов его образования (Вейн, 1970; Кондрашенко, 1963 и др.).

Перенесение физиологических теорий гипноза на человека представляет еще большие трудности при вмешательстве речи. Слово рассматривается И. П. Павловым как сигнал сигналов — стимул столь же материальный, как и любой физический стимул. В то же время И. П. Павлов подчеркивает, что эти два рода стимулов нельзя отождествлять ни с количественной, ни с качественной точки зрения из-за прошлого, пережитого человеком. Именно здесь, как справедливо отмечает Chertok (1972), возникают затруднения, так как павловская школа не принимает во внимание бессознательных наслоений в аффективной жизни субъекта.

Психоаналитическая теория. Зигмунд Фрейд изложил свои взгляды на гипноз в 1921 г. в книге «Психология масс и анализ личности». По Фрейду, гипноз — это перенесение в сфере бессознательного на личность гипнотизера врожденных воспоминаний о племенном вожде, вытесненных отношений детей к родителям (например, сына к отцу). Этот феномен перенесения и создает, по мнению Фрейда, неодолимую власть гипнотизера по отношению к гипнотизируемому.

Гипнотические взаимоотношения, по Фрейду, имеют эротическую основу. «Гипнотические отношения, — пишет Фрейд, — заключаются в неограниченном любовном самопожертвовании, за исключением полового удовлетворения».

Последователь Фрейда Ференци (1975) видит в гипнозе возрождение комплекса Эдипа с его любовью и страхом. Отсюда два типа гипноза: «материнский», основанный на любви, и «отцовский», базирующийся на страхе.

Шильдер (Schilder, 1938) в основе гипноза также видит феномен перенесения. По Шильдеру, пациент, приписы-

вая врачу всемогущество, тем самым реализует собственные сексуально-инфантильные фантазии.

Важный вклад в психоаналитическую теорию гипноза внес Штеварт (Stewart, 1969). Он утверждает, что гипнотическое состояние содержит не только вознаграждение инстинктивных потребностей, но и сложное уравновешивание влечений и защитных тенденций, в которых значительную роль играют недоверие, враждебность. Иначе говоря, Штеварт допускает, что пациент в состоянии гипноза находится в амбивалентном положении по отношению к гипнотизеру, которого он любит и ненавидит одновременно. По Штеварту, гипнотическое состояние базируется на фикции: гипнотизер, если он хочет добиться гипнотического транса, должен делать вид, что он всемогущ. Но «бессознательное» пациента «знает», что гипнотизер делает вид, и компенсирует эту ситуацию ощущением, что он сам принуждает гипнотизера к этой фикции и сам контролирует гипнотическую ситуацию.

«Фрейд внушил, — пишет Штеварт, — что гипнотизер поставлен на место *идеала Я (сверх-Я)* субъекта, но, по моему утверждению, *идеал Я* поставлен на место гипнотизера, и это *сверх-Я* спроектировано и проконтролировано субъектом в соучастии с гипнотизером. Таким образом* субъект чувствует себя в большей мере освобожденным от власти собственного *сверх-Я* и может дать волю появлению воспоминаний, до сих пор подавляемых».

* **

Помимо физиологической теории И. П. Павлова и психоаналитической теории Фрейда, являющихся, по существу, антиподами, существует большое количество концепций, пытающихся объяснить природу гипноза.

Бернгейм, как уже упоминалось, считал гипноз одной из форм выражения внушения и, по сути, отождествлял оба эти понятия.

Шарко идентифицировал гипноз с истерическим неврозом, рассматривая и то и другое как болезненное помрачение сознания.

Отё (1959) считает гипноз продуктом искусственно созданной экспериментальной ситуации, которая влияет

37

не только на пациента, но и на экспериментатора. Гипноз, цо Огпе, во многих отношениях можно рассматривать как «folie a'deux» (сумасшествие на двоих): каждый вовлеченный в гипнотические отношения играет ту роль, которую другой от него ожидает. Пациент ведет себя так, как будто он не может сопротивляться внушению гипнотизера, а тот играет роль всемогущей личности.

В. М. Бехтерев рассматривал гипноз как искусственно вызванный сочетанный рефлекс тормозного характера с подавлением активного сосредоточения.

Шерток (Chertok, 1982) расценивает гипноз как своего рода транс. По его мнению, «гипноз представляет собой особое состояние сознания, предполагающее определенное изменение психофизиологической реактивности организма». Шерток определяет гипноз как «четвертое состояние организма» (наряду с состоянием бодрствования» сна и активностью сновидений).

А. М. Свядощ (1982) полагает, что гипнотический сон — это состояние суженного сознания, вызванное действием гипнотизера и характеризующееся повышенной внушаемостью.

В. Е. Рожнов (1985) понимает гипноз как особое психологическое состояние, возникающее под влиянием направленного психологического воздействия и отличающееся как от сна, так и от бодрствования. По его мнению, гипноз — это психофизиологический феномен, при котором постоянно наличествующий синергизм сознательного и бессознательного приобретает известную трансформацию в том смысле, что их сочетанная деятельность дис-социируется и одновременно может выступать равно как осознаваемая, так и не осознаваемая психическая продукция. «Глубокий гипноз, — пишет В. Е. Рожнов, — есть качественно определенное психофизиологическое состояние, возникающее как результат специфической перестройки работы мозга на особый режим. Отличительной чертой гипноза как состояния является строгая, не свойственная ни сну, ни бодрствованию избирательность в усвоении информации...»

Многочисленность и разнообразие теоретических подходов к природе гипноза уже сами по себе свидетельствует о сложности проблемы, еще далекой от своего разрешения.

38

Под внушением понимают различные способы вербального и невербального эмоционально окрашенного воздействия на человека с целью создания у него определенного состояния или побуждения к определенным действиям.

Посредством внушения могут быть вызваны различные ощущения, представления, эмоциональные состояния, волевые побуждения, изменения соматовегетатив-ных функций организма.

Следует отличать убеждение и внушение как психологические категории и гипноз как особое состояние высших отделов центральной нервной системы.

Внушение отличается от убеждения прежде всего тем, что информация при нем воспринимается без должной критической обработки. По образному выражению В. М. Бехтерева, внушение, в отличие от убеждения, входит в сознание человека не с «парадного хода, а как бы с заднего крыльца, минуя сторожа — критику».

А. М. Свядощ (1982) считает, что внушение — это | подача информации, воспринимаемой без критической-оценки и оказывающей соответствующее влияние на течение нервно-психических процессов.

Весьма интересной представляется нам верификационная концепция внушения А. М. Свядоща. Согласно этой концепции, в мозге человека постоянно протекают процессы верификации. Человек не в состоянии «пропустить» через сознание весь огромный поток поступающей из внешней и внутренней среды информации. Только! некоторая ее часть (обычно наиболее существенная) под-| вергается логической переработке и оценке, осуществля-| емоЙ путем целенаправленного мышления. Большая же| часть информации в соответствии с «наработанными»! алгоритмами подвергается неосознанной оценке. Нужное! отбирается, ненужное отбрасывается. Сознание, таким.[1] образом, «разгружается от несущественных сигналов, а организм — от неадекватного реагирования на эти сигналы». Так, например, если к вашей руке в обычной обстановке поднесут холодный медный пятак и скажут: «сейчас произойдет ожог», то никакой реакции, кроме скептической улыбки, это не вызовет. Но если то же действие

39

произвести в состоянии гипноза, ожог может произойти. В чем же дело? В состоянии гипноза до минимума снижается верификация информации, и поэтому внушение приобретает особую «неодолимую» силу.

Чем ниже верификация информации, тем выше внушаемость. Верификация информации бывает сниженной, а внушаемость повышенной при определенном состоянии сознания (просоночное состояние, гипноз), у истероидных исихопатов, алкоголиков, наркоманов. Верификация информации обычно снижена у детей, солдат и спортсменов, привыкших к повиновению. Внушаемость заметно повышается при утомлении, в условиях неопределенности или в экстремальных условиях под угрозой опасности. Верификация информации резко снижается в толпе и при использовании средств массовой информации. Антиподом верификации информации является слепая вера.

В. М. Бехтерев неоднократно подчеркивал, что внушение играет большую роль в сознательной жизни общества и прежде всего в воспитании молодого поколения, в организации общественного порядка и дисциплины, в формировании общественного мнения. На внушении очень часто основано влияние родителей на детей, учителя на учеников, начальника на подчиненных, командира на солдат...

В то же время внушение является одним из методов психотерапевтического лечения. Врач, пользующийся авторитетом и доверием у больных» обстановка и процесс психотерапевтического лечения сами по себе, безотчетно или сознательно, оказывают на больных суггестивное воздействие.

Различают *гетеросуггестию* — внушение, производимое другим лицом, и *аутосуггестию* — самовнушение. Внушение, вызванное каким-либо процессом, действием, называют *реальным,* вызванное же с помощью слов — *вербальным.* Внушение, реализуемое непосредственно через слово врача, определяют как *прямое»* Больной обычно может установить связь между произведенным прямым внушением и вызванным им действием, то есть источник поступления информации им осознается. При *косвенном* внушении врач прибегает к помощи добавочного (промежуточного) раздражителя, с которым больной, как пра-

вило, и связывает полученный лечебный эффект. Нередко косвенное внушение оказывается более эффективным, чем прямое. Объясняется это тем, что в этом случае представления самого больного, связанные с лечебным эффектом, встречают меньшее сопротивление. Больной знает, что головная боль проходит после приема порошка, так что любой индифферентный порошок бывает более действенным, чем слова.

Внушение с лечебной целью может проводиться в бодрствующем состоянии, в гипнозе, а также в состоянии неглубокого естественного и наркотического сна.

Косвенное внушение. Основу медицины, какого бы прогресса она ни достигла, всегда составляли и составляют нож, трава и слово. Необычайную силу слова, особенно если оно опосредовано каким-либо лекарством, ритуалом, необычайностью обстановки, знали и учитывали в своей практике все выдающиеся врачи.

Еще в XVI в. Филипп Ауреол Парацельс сказал фразу, ставшую крылатой: «Надобно вам знать, что воздействие волей — немалая статья во врачевании».

В специальной литературе широко известен так называемый «опыт копенгагенских врачей». Вот как его излагает в своей книге «Законы жизни» А. Д. Поповский (1971).

«Группа врачей Копенгагена условились проверить силу самовнушения на человеке. Они обратились к властям с предложением умертвить осужденного преступника не колесованием, как практиковалось тогда, а путем вскрытия вен. Просьбу удовлетворили. Приговоренному завязали глаза и предупредили, какого рода смерть **его** ожидает. Когда были закончены приготовления, осужденному сделали незначительные надрезы на коже и пустили по руке струю теплой воды, которую он должен был принять за кровотечение. Одна уверенность в том, что он истекает кровью, вызвала у него судороги и холодный пот; затем наступила смерть. Картина умирания во всех деталях напоминала гибель обескровленного, хотя в сосудах человека осталось еще крови на долгую жизнь».

Это одно из наиболее ранних описаний рефлекторной смерти. Позже таких случаев описано великое множество.

...Американская тюрьма «Синг-Синг». Приговоренный к смерти на электрическом стуле. Движение рубильника. Конвульсии. Смерть. Позже выясняется, что в электросети в то время не было тока.

Чаще всего дело не доходит до убийства, но ранить посредством косвенного внушения очень легко. Стоит рентгенологу в полузатемненном кабинете посмотреть на снимок пациента и многозначительно сказать «Да-а-а», как причина для формирования невроза уже готова. Великое множество ятрогений и дидактогений наблюдается при грамотных, но безапелляционных заключениях о «вертикальной оси сердца», «опущении внутренних органов», «миокардиодистрофии» и т. д. Большое количество неврозов формируют статьи профессоров и академиков в журнале «Здоровье» и других средствах массовой информации, плохо продуманные развлекательно-познавательные программы радио и телевидения. Механизмы такого внушения, способного убить или ранить, можно использовать и с лечебной целью. Косвенное внушение как средство воздействия на психические и биологические возможности человека таит в себе богатые возможности.

Знаменитый терапевт XIX в. М. Я. Мудров окружил свои рецепты ритуалом. Он лечил «специальными» порошками: золотыми, серебряными и «простыми» (по цвету бумаги, в которую они были завернуты). В руках великого клинициста эти порошки творили чудеса, излечивали многие заболевания... И только после его смерти выяснилось, что в состав порошков входил всего-навсего хорошо перемолотый мел. «Назначат ли больному, — писал М. Я. Мудров, — бром, глицерофосфат или пропишут, украсив греческим или латинским названием, громким, пышным и обязательно длинным, пилюли из хлебного мякиша или растения «львиный зев», влияние их будет одинаково, если убедить больного, что от них у него наступит облегчение. Тогда лекарство будет принято с восхищением, а сие восхищение, радость и уверенность бывают иногда полезнее самого лекарства». И далее:

«...Есть душевные лекарства, кои врачуют тело, они почерпываются из науки мудрости, чаще из психологии. Сим искусством печального можно утешить, сердитого Умягчить, нетерпеливого успокоить, бешеного остано-

вить, дерзкого испугать, робкого сделать смелым, скрытого — откровенным, отчаянного — благонадежным. Сим искусством сообщается больным та твердость духа, которая побеждает телесные болезни, тоску, метание и которая самые болезни тогда покоряет воле больного... Восхищение, радость, уверенность больного тогда полезнее самого лекарства.»

И это не шарлатанство, не химера. Это великое искусство врачевать, умение использовать возможности одного из методов психотерапии — косвенное внушение.

И. П. Павлов рассказывал о своем учителе С. П. Боткине: «Лечили часто одно его слово, одно посещение больного. Сколько раз приходилось слышать от его учеников-клиницистов печальное признание, что те же рецепты и, по-видимому, при подобных же случаях оказывались неутешительными у них, творя чудеса в руках учителя».

Современные врачи этим методом психотерапии владеют плохо, отдав его на откуп знахарям и народным целителям. Но жизнь сама постепенно напоминает о мощном воздействии косвенного внушения. То все начинают принимать мумиё и излечиваются, то едут за сотни километров в Прибалтику за АУ-8 — помогает, то начинают пить «кремневую воду» — и здоровы. Меняются «лекарства», меняется терминология, меняется промежуточный ритуал, но это не меняет механизмов лечебного воздействия самого метода.

Косвенное внушение лежит в основе таких широко известных методов лечения, как «операция» филиппинских хиллеров или распространенное у нас в стране «кодирование» алкоголиков.

Я. Л. Шрайберг в качестве суггестивного фактора использовал ароматическое вещество — раствор тимола в спирту, который он капал на марлевую маску и давал вдыхать больному (маска по Шрайбергу); А. М. Свядощ применял эфир (маска по Свядощу).

Пациенту можно дать индифферентный порошок и внушить: «Вы сейчас примете порошок. Он обладает успокаивающим действием. Через 15 минут вы станете спокойным и уравновешенным. В последующем будете принимать порошок 3 раза в день и состояние ваше изменится к лучшему».

43

Промежуточными суггестивными факторами могут служить обычные методы исследования или физиотерапевтические процедуры.

Один из авторов (Кондрашенко, 1959), работая в Калининградском военном госпитале, наблюдал, как по-разному влияют одни и те же физиотерапевтические процедуры на больных с периферическими невритами.

« В неврологическом отделении госпиталя в конце 50-х годов лечилось много молодых летчиков с травматическими люмбоишиалгиями (результаты катапультирования). Летчики — народ особый. Они не умеют болеть. Часто диссимулируют свое болезненное состояние, но если встречаются с резкой болью и чувством беспомощности, то, как все истинно здоровые люди, быстро раскисают...

Лечили таких больных по одной схеме. Основу физиотерапевтического лечения составляла глубокая диатермия. И вот в таких, почти что «унифицированных» условиях одни больные выздоравливали за 10—15 дней, а у других заболевание затягивалось на 3—4 недели. Я терялся в догадках. Случайно зашел в физиотерапевтическое отделение... Две одинаковые кабины для глубокой диатермии. Прием ведут две медсестры... Одна в зрелом возрасте, одета неряшливо, прическа всклокочена, на лице выражение недовольства и даже злобы. Процедуры отпускает стандартно: «проходи», «ложись», «не вертись», «не разговаривай», «следующий».

Вторая медсестра была юной и миловидной. Одета красиво. Держится как жрица. В руках ее тонкая изящная палочка, на конце палочки — неоновая лампочка. При входе в кабину зачем-то стоит аппарат для УВЧ-те-рапии.

Медсестра выходит из кабины, загадочно улыбается и приглашает очередного пациента по имени и отчеству. Когда тот, уже завороженный ее видом и улыбкой, встает, она протягивает свой импровизированный «жезл» к аппарату УВЧ, неоновая лампочка загорается... Это знак входить в кабину. Когда больной, готовясь к процедуре, снял пижаму, медсестра не спешит укладывать его на кушетку. Она внимательно осматривает его поясницу и говорит: «У вас значительное улучшение. Лордоз уменьшился. Ягодичная складка стала более выраженной». Потом нежно проводит рукой по пояснице: «Болевой

44

синдром тоже исчезает». Примерно то же самое повторяется и после приема процедуры... Кто научил эту молодую девушку искусству врачевания? Или она пришла к этому сама? Или сыграл роль тот факт, что пациентами ее были молодые летчики?

Я сравнил результаты лечения больных и оказалось, что те больные» которые выздоравливали в два раза быстрее, лечились у Нади (так звали молодую медсестру). По молодости лет я не стал вникать в тонкости механизмов проводимого лечения. Я купил Наде красивые цветы, договорился с ней, что все «мои» больные будут лечиться у нее, и число койко-дней сразу снизилось на 30—40 %. С тех пор, сколько бы мне ни говорили о специфичности физиотерапевтических методов лечения, я не возражал, но всегда вспоминал Надю...»

Внушение в состоянии бодрствования. Эффективность внушения наяву зависит от обстановки, в которой проводится лечение, от внешнего вида медперсонала, от авторитета врача, его мастерства и артистизма. Чем выше авторитет врача, тем меньшую критическую оценку встречает его «формула» внушения.

Не последнюю роль при этом методе психотерапии играет аффективное состояние пациента. Подмечено (Рожнов, 1971; Свядощ, 1982 и др.), что страх, гнев, экстаз и другие эмоционально насыщенные состояния способствуют резкому повышению внушаемости и создают возможность осуществления массового внушения наяву (при боевых действиях, на митингах и т. д.). Внушение в бодрствующем состоянии показано при всех формах неврозов, особенно при истерическом, при алкоголизме и табакокурении, с целью коррекции девиантного поведения. Особенно эффективен этот метод лечения у детей и у лиц с повышенной внушаемостью.

Существует несколько вариантов техники внушения наяву, но у опытного психотерапевта она каждый раз иная.

Вариант 1. После предварительной разъяснительной беседы врач усаживает пациента напротив себя и, пристально глядя ему в глаза, повелительным, не вызывающим сомнения тоном повторяет несколько раз: «Вы безразличны к алкоголю, вы будете отказываться от алкоголя везде, где бы вам его ни предлагали». У наиболее

внушаемых пациентов можно выработать тошнотно-рвотную реакцию на вид и запах алкоголя.
Вариант 2. Пациент усаживается поудобнее на стул или в кресло. Врач становится напротив и негромким, но уверенным голосом приказывает: «Закройте глаза!». Затем кладет пальцы своих рук на виски больного и, слегка сдавливая голову, напряженным, уверенным голосом 3— 4 раза подряд с интервалом в несколько секунд произносит формулу внушения: «Вы спокойны, сердце ваше совершенно здорово. Здорово!». В интервалах между фразами нужно несколько уменьшить сдавливание висков. Можно положить руку на область пищевода и несколько раз повелительным тоном повторить: «Пища по пищеводу будет проходить легко и свободно».
Речь врача может быть тихой или, наоборот, нарочито громкой, ко обязательно эмоционально окрашенной, выразительной и уверенной.
Вариант 3. Пациент укладывается на кушетку, закрывает глаза и внимательно слушает врача, который проводит внушение (Консторум, 1962). И. С. Сумбаев (1946) в таких случаях рекомендовал предварительно проводить внушение полного безволия, полного подчинения. «Вы не спите, — говорит врач, — вам совершенно не хочется спать, но вы не оказываете сопротивления, вы полностью подчиняетесь мне, и все будет так, как я вам говорю...» Далее следует внушение, которое можно расценивать как вариант гипносуггестии.
Вариант 4.П.И. Буль (1974) предлагает следующий способ внушения в состоянии бодрствования: «Расслабьте всю мускулатуру вашего тела... Дышите спокойно, глубоко... В этом состоянии покоя, отдыха вы будете хорошо воспринимать все мои слова, все мои внушения! С каждым последующим сеансом вы будете все лучше расслабляться в этом кабинете, все лучше воспринимать и фиксировать в своем сознании все мои формулы внушения. Спать вы не будете, никакого гипноза у вас не будет, но тем не менее с каждым последующим сеансом терапии вы будете отмечать, как улучшаются ваши состояние, самочувствие и настроение... Вы будете замечать, что восстанавливается ваш обычный нормальный ночной сон... Вы будете ложиться в постель в строго определенное вами самими время... К этому часу вы будете отмечать,

как с каждым разом все больше и больше хотите спать... Вы охотно будете ложиться в постель и, как только голова коснется подушки, вы будете быстро, приятно и совершенно безмятежно погружаться в физиологический сон. Ваш сон будет крепким и глубоким, без всяких неприятных сновидений, без неприятных ощущений, без излишних пробуждений. Сон имеет огромное значение для клеток вашей нервной системы, поэтому я внушаю вам — спать лучше, спать крепче и не менее 7—8 часов
в сутки.

По мере того как будет нормализоваться ночной сон, вы будете отмечать, что исчезают боли в области сердца, которое, как показали специальные исследования, совершенно здорово и не имеет никаких органических изменений! У вас прекрасное, молодое и совершенно здоровое сердце, нормальное кровяное давление! Боли в сердце возникли у вас из-за расстройства нервной системы функционального и вполне излечимого характера в связи с переживаниями и нарушениями сна.

Теперь, по мере того как ваш сон нормализуется, станет лучше и совершенно безболезненно работать ваше сердце. У вас исчезнет раздражительность, повысится аппетит, улучшится настроение. С каждым последующим сеансом внушения вы будете замечать, как все новые и новые запасы сил, бодрости и энергии как бы вливаются в организм и делают вас здоровым, бодрым и жизнерадостным человеком».

Внушение в состоянии естественного сна. В настоящее время сон рассматривается как результат активного функционирования синхронизирующих сомногенных систем головного мозга (Вейн, 1974 и др.). Доказано наличие в мозге (гипоталамус) не только активных аппаратов, поддерживающих бодрствование, но и систем, участвующих в организации сна. Иными словами, за последние годы изменились и углубились наши представления о физиологических механизмах сна. Однако это совсем не означает отрицания нейродинамической теории сна, основанной на трудах классиков отечественной физиологии А. А. Ухтомского, И. П. Павлова, Л. А. Орбели и др.

Выделяют несколько стадий сна: переход от релаксации к дремоте, дремота, поверхностный сон, сон средней глубины и глубокий сон. В связи с различной глубиной

сна могут возникнуть различные фазовые состояния:
уравнительная, парадоксальная, ультрапарадоксальная и наркотическая фазы сна.
Фазовые состояния во время сна обусловливают избирательную чувствительность к определенным раздражителям, посредством которых имеется возможность поддерживать контакт с внешним миром* Образуются так называемые сторожевые пункты. В литературе широко известны примеры «сторожевых» пунктов во время сна, описанные В. Н. Сперанским (сторожевые животные, охраняющие спящее стадо), Л. А. Орбели (головоногий моллюск осьминог с выпущенной во время сна дежурной «сторожевой» ногой) и др. Стали классическими примеры сна матери, чутко реагирующей на слабый крик своего ребенка, или мельника, спящего под грохот жерновов и просыпающегося при внезапно наступившей тишине.
Мы наблюдали пациента, у которого «сторожевой» пункт был ориентирован на слабый специфический звук противоугонного устройства автомобиля, стоящего под окном. Этот человек глубоко спал под самые разнообразные звуки шумной столичной улицы, но каждый раз просыпался, если срабатывало противоугонное устройство.

В состоянии бодрствования сила возбуждения корковых клеток адекватна силе раздражителя. Для переходных (фазовых) состояний характерно изменение реактивности клеток на воздействие раздражителей:
при уравнительной фазе сильные и слабые раздражители вызывают равные по силе реакции; при парадоксальной фазе слабые раздражители вызывают сильную реакцию, а сильные — слабую или реакция отсутствует. При образовании «сторожевого» пункта важную роль играют уравнительная и особенно парадоксальная фазы.
У спящего человека или животного сторожевые пункты образуются под воздействием раздражителей, несущих жизненно важную информацию, и возникающих переходных фаз сна.
Раппорт со спящим человеком можно установить с помощью речи. При этом верификация внушаемой информации в силу изолированности сигналов бывает очень низкой, а эффект внушения высоким. Не обязательно
48

добиваться, чтобы пациент запомнил информацию, вводимую во время сна. Наоборот, внушение более действенно, если сказанное во время внушения после просыпания подвергалось амнезии.

В практике наиболее часто применяются следующие варианты внушения в состоянии естественного сна.

Вариант 1. Больного переводят из состояния сна в просоночное, налаживают с ним речевой контакт и после этого осуществляют внушение. Для этого прикасаются к спящему и, когда он слегка проснется, ему предлагают пошевелить рукой, ногой. Убедившись, что речевой контакт установлен, проводят лечебное внушение. Например: «Спите спокойно, не просыпайтесь. На счет десять вы уснете еще глубже. Раз, два... Лечению вы поддаетесь хорошо. Вы стали бодрым, спокойным. Появилась уверенность в выздоровлении и желание трудиться. Вам стал противен запах и вид алкоголя». Ребенку с ночным энурезом внушают: «Теперь ты сможешь удерживать мочу всю ночь. Твоя кроватка всегда сухая и чистая» и т. п. Этот вариант более приемлем при индивидуальной психотерапии.

Вариант 2. С пациентами проводится предварительная беседа, во время которой им объясняется смысл лечения. Им говорят, что ночью они будут спать, но сквозь сон услышат сигнал (например, счет до десяти) и слова внушения. Текст внушения записывают на ленту магнитофона и предварительно дают прослушать (весь или только начало) пациентам в бодрствующем состоянии. Внушение проводится непосредственно врачом или посредством магнитофонной записи, которая включается и выключается автоматически или медицинским персоналом. Текст внушения может быть унифицирован (при однородном контингенте больных) или, наоборот, индивидуализирован. Чаще применяется при коллективных
сеансах.

Вариант 3. Предложен А. М. Свядощем (1982) под названием *никтосуггестии* (от греч. *никтос* — ночь и *суггестия* — внушение). Предварительно проводится сеанс коллективной гипнотерапии или суггестии наяву, во время которого пациентам внушается, что они ночью будут спать, но сквозь сон услышат сигнал (счет до десяти) и внушение, которое принесет им исцеление.
49

Сигнал и слова внушения записываются на магнитофон и подаются ночью через наушники или динамик.

Наиболее широкое применение этот метод нашел при лечении фобий и истерических симптомов у детей. Используется также для коррекции девиантных форм поведения, при ночном энурезе. У взрослых применим при различных формах неврозов и хроническом алкоголизме.

ГИПНОСУГГЕСТИЯ

Общие положения

Еще В. М. Бехтерев (1909) разграничивал такие понятия, как *внушение, внушаемость и гипноз.* Касаясь терапевтических аспектов этого вопроса, можно условно выделить терапию внушением (без гипноза), терапию посредством гипноза и терапию внушением в состоянии гипноза. Такая постановка вопроса нашла свое отражение и в соответствующей терминологии. Говорят о *гипнотерапии* (Лебединский, 1971 и др.), о *гипнопсихотерапии* (Вельвовский и соавт., 1984; Рожнов, 1985), о *внушении в состоянии гипнотического сна* (Свядощ, 1982; Карва-сарский, 1985), о *гипноанализе*, о *гипносуггестивной терапии* (Буль, 1974) и т. д. Принципиальных разногласий здесь нет. Речь, скорее, идет о различных методологических подходах в лечебном использовании внушения и гипноза.
Еще Брейер и Фрейд использовали гипноз для достижения аффективной разрядки (гипнокатарсис), Эриксон, Линдер и другие — для преодоления сопротивления при психоанализе (гипноанализ). Жане, а затем А. А. Токар-ский использовали пролонгированный гипноз как «средство, успокаивающее и укрепляющее нервную систему в большей степени, чем сон обыкновенный». Позже эту методику детально разработали К. И. Платонов и В. И. Рожнов.
Однако наиболее широкое распространение как у нас в стране, так и за рубежом нашел *метод внушения в гипнозе.* В основе метода лежит тот факт, что в состоянии гипноза значительно снижается верификация поступающей информации, а следовательно, повышается внушаемость.

50

Основным условием для осуществления метода внушения в гипнозе является умение врача вызвать состояние гипноза и уже на его фоне провести лечебное внушение. Весь процесс лечения можно условно разделить на несколько периодов (этапов): подготовительный, гипнотизации, лечебного внушения в состоянии гипноза, дегипнотизации с постгипнотическим внушением.

Подготовительный период

Лечение следует начинать только тогда, когда для этого созданы соответствующие условия. Помещение, где проводится лечение гипнозом (гипнотарий), должно быть достаточно просторным (30—40 $м^2$), с хорошей вентиляцией и звукоизоляцией. Гипнотарий должен быть оборудован удобными для сна креслами (типа авиационных) или кушетками. Для того чтобы во время сеанса не было слышно шагов врача или медсестры, пол покрывается ковром. Освещение должно быть неярким, но достаточным для того, чтобы врач мог наблюдать за поведением, дыханием, мимикой каждого больного. Важно, чтобы естественный или искусственный свет не падал в глаза больного, а находился сбоку или лучше за его спиной.

Шторы, стены, кресла и искусственное освещение должны быть одноцветными, лучше фиолетовыми, так как этот спектр света действует успокаивающе.

Гипнотарий должен быть оборудован источниками слабых звуковых и световых раздражителей: зуммером, тихим метрономом, лампой синего мигающего света, магнитофоном с записями тихой успокаивающей музыки, шума дождя или морского прибоя... Желательно также присутствие в гипнотарий во время сеанса медсестры. Она помогает пациентам принять более удобную позу, при необходимости дает им лекарства, по указанию врача включает нужные приборы, но главное, присутствие медсестры усиливает впечатление значительности проводимого лечения и предупреждает сексуальные фантазии истеричных больных.

Важно так усадить или уложить пациента, чтобы ему ничего не мешало, чтобы его не стесняла одежда, чтобы кресло или кушетка, особенно в зимнее время,

не были холодными. Лучше всего перед сеансом предложить больному лечь в ту позу, в которой он привык засыпать.

Важным этапом подготовительного периода является *предварительная беседа с пациентом.* Прежде всего нужно выяснить отношение больного к лечению гипнозом. Если больной по каким-то причинам боится гипноза и не хочет ему подвергаться, то спешить с гипнотизацией не следует. Чаще всего представление о гипнозе у пациента связано с его культурным уровнем. Тем не менее нередко даже высококультурные люди не лишены предрассудков в отношении гипноза, а гипнотизера, как правило, наделяют магическими свойствами... Мы не спешим разубеждать пациента в «могуществе» врача. Чем больше верить врачу, тем лучше эффект лечения, но мистический «налет» с гипноза и гипнотизера должен быть снят. Гипноз, поясняем мы пациентам, это естественное состояние психики, которое нередко появляется у человека при засыпании и просыпании. Оно похоже на сон, но это не сон, так как в состоянии гипноза сохраняется речевой контакт между пациентом и врачом. Пациент слышит врача, может сам говорить и отвечать на его вопросы. Но слово врача в состоянии гипноза действует на пациента с особой силой, позволяющей регулировать работу его центральной нервной системы и внутренних органов.

Некоторые пациенты опасаются, что в состоянии гипноза они могут стать «послушным механизмом» в руках гипнотизера или посмешищем в глазах окружающих. Поэтому нужно заранее разъяснить пациенту, что лечебный гипноз не имеет ничего общего с эстрадой, а врач никогда не использует повышенную внушаемость в гипнозе во вред больному. Некоторых больных волнует опасение, что они «не поддадутся гипнозу», «не уснут». Многие при этом ссылаются на уже имеющийся у них опыт. В таких случаях нужно разъяснить, что глубина сна не играет решающей роли в конечном эффекте лечения. Опытный врач сам выбирает именно ту стадию гипноза, которая необходима для лечения. Больному же в процессе сеанса нужно спокойно слушать врача, не сопротивляясь, но и стараясь активно ему помогать. От пациента требуется спокойная пассивность, остальное — дело психотерапевта.

Гипнологи знают, что существует так называемый *антисуггестивный барьер* (Вельвовский и соавт., 1984). Чем выраженнее антисуггестивный барьер, тем меньше внушаемость. В связи с этим в своей предварительной беседе мы подчеркиваем, что лечение гипнозом никогда не проводится против желания больного. Оно не назначается, как пилюли или инъекции. О лечении гипнозом врач и больной договариваются, так как здесь обязательно обоюдное согласие и активное участие самого больного в проводимом лечении.

Полезно рассказать, что во время гипноза нормализуются нервные процессы и работа внутренних органов, улучшается кровообращение головного мозга, укрепляется память и воля. На последнем положении нужно сделать особый акцент, так как некоторые больные уверены, что лечение гипнозом «мешает их собственной воле».

Главное в предварительной беседе — возбудить у пациента интерес к лечению, усилить уверенность в успехе, добиться доверия к врачу. Подготовительная беседа — это уже начало лечения. Она должна соответствующим образом настроить больного и усилить последующую суггестию в гипнозе.

Уже в предварительной беседе врач может составить представление о степени гипнабельности того или иного пациента и заранее спланировать свою лечебную тактику.

Подготовительный период не терпит спешки. Нужно выслушать все ответы больного на вопросы, разъяснить непонятное, развеять все страхи и сомнения, и только убедившись в том, что пациент подготовлен к гипнотерапии, и получив на то его согласие, можно приступать к гипнотизации.

Пробы на внушаемость. Многие врачи, прежде чем перейти непосредственно к гипнотизации, используют в своей практике пробы (приемы, тесты) на внушаемость. Следует сразу отметить относительную ценность таких проб, так как до сих пор не доказано, что внушаемые пациенты более восприимчивы к гипнозу, чем невнушаемые. Некоторые гипнологи (Лебединский, 1971 и др.) вообще считают предварительные пробы на внушаемость малополезными. Это крайняя точка зрения, приемлемая больше для опытных психотерапевтов. Начинающим же гипнологам пробы на внушаемость помогают прежде все

53

го обрести уверенность в собственных возможностях, а также укрепить доверие сомневающихся в гипнозе пациентов. Некоторые из приемов, особенно в сочетании со словесным внушением, сами по себе могут погрузить пациента в гипнотическое состояние.
Ниже приводим примеры проб на внушаемость.
Проба 1. Перед испытуемым ставят штатив с тремя заранее заготовленными пробирками и под предлогом исследования обоняния императивным тоном заявляют:
"Вот три пробирки: в одной была вода, во второй — керосин, в третьей — духи. Укажите мне пробирку, где был керосин". Способность испытуемого четко дифференцировать несуществующие запахи свидетельствует о его повышенной внушаемости.
Проба 2. Пациента просят стать боком к стене и тыльной стороной сжатого кулака опереться изо всех сил о стену. Глаза должны быть закрыты. Внушение: «Обопритесь сильнее о стену. Теперь отойдите от стены и опустите руку. Рука снова сама поднимется до уровня плеча». При повышенной внушаемости рука, которой пациент опирался о стену, опустившись к бедру, вновь поднимется.
Проба 3. Больному предлагают вытянуть руки вперед ладонями внутрь. Под предлогом неврологического исследования просят фиксировать взгляд на молоточке, одновременно внушают: «Ваши руки расходятся в стороны. Шире. Еще шире». При повышенной внушаемости руки расходятся в стороны.
Проба 4. Под предлогом неврологического исследования пациента ставят в позу Ромберга (пятки и носки вместе, руки вытянуты вперед, глаза закрыты). Внушение: «Сейчас вы падаете назад. Назад! Теперь вперед! Влево! Вправо!» Пробу можно усилить, производя легкое надавливание пальцами рук на глаза или виски пациента. При повышенной внушаемости пациент падает в заданном направлении и его нужно вовремя подстраховать.
Проба 5. Врач усаживает пациента в кресло и предлагает ему смотреть прямо в глаза, сцепив в «замок» Руки. Внушение: «Ваши руки постепенно сжимаются. Теперь сжаты крепко. Вы сами не в состоянии разжать их. Руки вы разожмете только после моего указания.

54

Попробуйте, прилагайте усилия. Вы не можете разжать руки».

Проба 6. Испытуемому предлагают развести пальцы рук с максимальным напряжением, «сделав их твердыми, как гвозди». При этом внушают, что он не может согнуть пальцы.

Проба 7. Больному говорят, что сейчас прикоснутся клочком ваты к его глазу и просят его при этом не мигать. Внушают: «Вы можете не мигать. Прикосновение безболезненно. Никаких неприятных ощущений оно не вызывает». При этом прикасаются ватой к склере глаза вблизи роговицы. Затем говорят: «Сейчас я прикоснусь ватой к тому же глазу, но вам будет очень неприятно и вы не сможете не мигать». Прикасаются незаметно для больного не к склере, а к роговице, которая во много раз чувствительнее. Подавить роговичный рефлекс большинству людей не удается.

Проба 8. Испытуемому дают в руки нитку с грузиком на конце (маятник Шевроле). Внушают: «Сейчас вы, не двигая рукой, будете думать, только думать, что груз качается от вас ко мне. Думайте». Вскоре груз начинает раскачиваться в заданном мыслью направлении. «А теперь, — продолжает врач, — вы думаете, что предмет остановился, встал как вкопанный». Предмет останавливается и замирает.

Последние две пробы основаны не столько на внушаемости, сколько на других эффектах (разность чувствительности слизистых, идеомоторный эффект), но такие приемы усиливают внушаемость и помогают пациенту убедиться в том, что он хорошо «поддается» гипнозу.

Одинаково ли гипнабельны все люди? Все ли поддаются гипнозу? Каков процент успешности гипнотизации?

На первый вопрос ответил еще в 1818 г. Шестанье де Пьюнегюр, который у одних пациентов без особого усилия вызывал сомнамбулу, а других не мог погрузить в состояние «магнетизма» даже после многочисленных сеансов.

По Бернгейму, гипнозу поддаются примерно 80 % людей, по Бирману — 85, по Форелю — 90 %. Из них сомнамбула отмечается примерно в 20 %. случаев.

55

Таким образом, степень гипнабельности, или, как говорил М. С. Лебединский, степень гипнотизабельности, у всех людей различна. По его данным, дети в возрасте от 7 до 14 лет практически все гипнабельны. Лучше других поддаются гипнозу больные истерией, лица, перенесшие травму головы, страдающие алкоголизмом.
Гипнабельность поддается тренировке. Исходя из этого, некоторые психотерапевты считают, что негип-набельных людей вообще нет. Чтобы доказать это, К. И. Платонов одному из «негипнабельных» пациентов провел 100 сеансов гипнотизирования и добился сомнамбулы. Ferenzi считал, что степень гипнабельности зависит не столько от пациента, сколько от гипнотизера. По его данным, одни терапевты способны загипнотизировать 10 % испытуемых, другие — 96 % (цит. по Chertok, 1972).

Методы и техника гипнотизирования

В настоящее время насчитывается более ста различных методов гипнотизирования. В лечебной практике обычно применяют две группы методов: методы воздействия многократно повторяющимися монотонными раздражителями на различные анализаторы (сюда относится и вербальный метод) и шоковые методы, при которых

гипноз вызывается действием сильного внезапного раздражителя (громкий звук, вспышка света, фарадический ток и др.) в сочетании с категорическим приказом: «Спать!».
На основании этих двух методов разработано множество вариантов техники гипнотизации, подробно описанных в работах отечественных и зарубежных авторов (Токарский, 1890; Бехтерев, 1911; Форель, 1928; Каннабих, 1929; Рожнов, 1954, 1975, 1985; Зеневич, Либих, 1965; Консторум, 1962; Платонов, 1962; Лебединский, 1971; Вольперт, 1972; Буль, 1974; Свядощ, 1982; Слобо-дяник, 1982; Захаров, 1982; Вельвовский и соавт., 1984;
Карвасарский, 1985; Рахманов, 1988; Chertok, 1972;
Erickson et al., 1976 и др.).
Приводим несколько методов гипнотизации. Метод Фария, или фасцинации (от лат. *fascinare* — очаровывать). Предложен португальским аббатом Фариа

56

(1813), который привез этот метод из Индии, позаимствовав его из практики факиров.
Врач находится напротив пациента на расстоянии 30—50 см, несколько возвышаясь над ним (для этого больного лучше посадить). Пациенту предлагают смотреть врачу в глаза, не мигая. Одновременно врач берет пациента за плечи, медленно раскачивает его спереди назад и пристально смотрит в его переносицу. Внушение:
«Смотрите мне в глаза. Ваш взгляд становится тяжелым. Ваши глаза устали, но не закрывайте их до тех пор, пока можете держать их открытыми. Ваши веки тяжелеют, словно наливаются свинцом. Тяжелеет все тело». Следует короткая пауза. Обычно пациент не выдерживает длительного взгляда и начинает моргать. После этого голос врача становится более уверенным: «Ваши глаза моргают, а теперь закрываются, закрываются. Вы засыпаете... засыпаете».
Как только глаза пациента закрылись, врач кладет на них пальцы и внушает: «Ваши веки склеились, вы не можете их открыть до тех пор, пока я вам не прикажу». Если больной сам не закроет глаза, можно без слов опустить его веки прикосновением к коже надбровных дуг или сказать ему: «Закройте глаза», после чего продолжить внушать признаки сонливости.
При всей своей кажущейся демонстративности и театральности этот метод достаточно эффективен, так как основан на неизвестном больному приеме: гипнотизер, требуя от больного, чтобы он смотрел ему в глаза, сам смотрит в его переносицу и тем самым менее утомляет свой взор. Тем не менее метод требует от психотерапевта определенной тренировки. Для этого нужно ежедневно фиксировать взгляд на каком-нибудь предмете на расстоянии 30—50 см и смотреть на него, стараясь не моргать в течение нескольких минут.
Метод Брейда — Льебо. Сущность метода сводится к тому, что пациенту предлагают фиксировать взор на каком-нибудь предмете до тех пор, пока не наступит гипнотическое состояние. Следует подчеркнуть, что, гипнотизируя, Брейд предлагал испытуемому не только фиксировать свой взор на предмете, но полностью расслабиться и сосредоточить все свои мысли на сне.

57

В качестве монотонных раздражителей, действующих на слуховой анализатор, можно использовать звук метронома, дождя, морского прибоя, тиканье часов и т. д. С целью монотонного слабого раздражения кожного анализатора издавна используются пассы — проведение ладонью руки вдоль лица и туловища на расстоянии 2—3 см. Иногда для этой цели используют электронагревательные приборы (рефлектор Минина с синей лампой, фен и т. д.).
Эриксон (Erikson, 1939) считает, что при гипнотизировании важен не столько сам монотонный раздражитель, сколько представление о нем.
В настоящее время гипнотизация с помощью воздействия на анализаторы проводится, как правило, в сопровождении словесных внушений. Задача их, как считает В. Е. Рожнов, сводится к тому, чтобы вызвать условно-рефлекторное погружение в гипнотический сон путем словесных формулировок, описывающих те ощущения, которые испытывает засыпающий человек.
В числе первых специалистов, разработавших метод словесного погружения в гипноз, был последователь Брейда, современник Бернгейма и Шарко Амвросий Август Льебо. Он клал руку на лоб пациента и внушал ему то состояние, которое испытывает засыпающий человек, и таким образом добивался гипнотического транса с раппортом.
В последующем воздействие слабых монотонных раздражителей, воздействующих на зрительный, слуховой или кожный анализаторы, в сочетании с вербальным внушением сна стало основой многих **комбинированных, или смешанных,** техник гипнотизирования. Приводим некоторые из них.
Техника Бернгейма. Он описал ее в 1884 г. в своей книге «О внушении в гипнотическом состоянии бодрствования». Приводим это описание без изменений.
«...Смотрите на меня и думайте только о том, чтобы заснуть. Вы почувствуете тяжесть ваших век и усталость в глазах; ваши глаза моргают, они увлажняются, зрение становится туманным; глаза закрываются». Некоторые пациенты закрывают глаза и засыпают моментально. Другим я повторяю, еще более подчеркиваю, добавляю жест; характер жеста не так важен. Я держу два пальца

58

правой руки перед глазами пациента и прошу смотреть пристально на них или обеими руками я провожу несколько раз сверху вниз перед глазами, или прошу его смотреть мне прямо в глаза и стараюсь в это время концентрировать все его внимание на мысли о сне. Я говорю: «Ваши веки закрываются, вы не можете их открыть. Вы испытываете тяжесть в руках и ногах; вы ничего больше не чувствуете, ваши руки неподвижны, вы ничего больше не видите, приходит сон» и добавляю повелительно: «Спите!» Часто это слово является решающим, глаза закрываются, больной спит.

Если пациент не закрывает глаза или не держит их закрытыми, я не заставляю его долго фиксировать мои глаза или мои пальцы, потому что есть такие пациенты, которые без конца таращат глаза и сосредоточивают внимание на этом, а не на мысли о сне; в таких случаях успех лучше достигается с закрытыми глазами. По истечении двух или самое большее трех минут я прикрываю веки или же медленно опускаю их на глазные яблоки, постепенно закрывая их, подражая тому, что происходит, когда к человеку естественно приходит сон, и кончаю тем. что держу их закрытыми, продолжая внушение: «Ваши веки слипаются, вы не можете их открыть; потребность спать становится все сильнее; вы не можете больше сопротивляться». Я постоянно понижаю голос» я повторяю приказание: «Спите», — и редко бывает, чтобы сон не приходил через 4 или 5 минут. Это сон посредством внушения. Это образ сна, который я постепенно ввожу в мозг.
С одними лучше поступать мягко; с другими, не поддающимися мягкому внушению, надо быть резким, говорить приказным тоном, чтобы пресечь стремление смеяться или непроизвольное сопротивление, вызванное подобными приемами. Часто у лиц, кажущихся невосприимчивыми, я добивался успеха, держа долго глаза закрытыми, предписывая тишину и неподвижность, говоря непрерывно и повторяя одни и те же формулы: «Вы чувствуете оцепенение, онемение, руки и ноги неподвижны; вот и тепло в веках; нервная система успокаивается; ваши глаза остаются закрытыми, приходит сон», и т. д. После 8—10 минут внушения я отнимаю пальцы, глаза остаются закры-

тыми; я поднимаю руки, они остаются в воздухе, это каталептический сон!»
Техника К. И. Платонова. Для усыпления больного врач применяет соответствующие слова усыпления, наряду с которыми он может пользоваться также вспомогательными физическими приемами усыпления. Последние могут выражаться, например, в виде слабых ритмических раздражителей одного из анализаторов или же нескольких анализаторов сразу с целью развития в них тормозного процесса. Для этого могут быть применены редкие удары метронома (с частотой один удар в 1—2 секунды), тиканье стенных или карманных часов, однообразное поглаживание больного по руке. по голове или по лбу; иногда больному предлагается длительно смотреть на какую-либо блестящую точку и т. д.
Одновременно врач произносит примерно следующие слова: «Вы уже пришли в состояние полного душевного покоя, необходимого для наступления дремоты, а в дальнейшем сна. По вашему телу начинает разливаться приятная нега и истома, у вас появляется сонливость, ощущается приятная вялость, тяжелеют руки и ноги, тяжелеют веки, как бы наливаются свинцом, вы начинаете чувствовать, как вас неодолимо клонит ко сну. Мой голос вы хорошо слышите, я сейчас буду медленно считать до десяти, с каждым счетом ваша дремота все более углубляется: раз.. два.. три... Вы засыпаете, переходя во все более глубокое состояние спокойного и приятного сна».

Такие усыпляющие внушения время от времени следует повторять, причем они постепенно приобретают характер сообщения о том. что уже совершилось: «Вы уже перестали ощущать ваше тело, ваши веки уже плотно сомкнулись, очень приятное отдохновение уже разлилось по вашему телу, полное успокоение уже наступило, никаких волнений уже нет, мои слова воспринимаете еще более четко и все более поддаетесь их воздействию ».

Техника И. 3. Вельвовского. Используются слабые монотонии (монотонные шорохи, постукивания, звук метронома, фиксирование взглядом шарика, легкие тактильные раздражители).

Словесное внушение: «Вы находитесь сейчас в удобной, приятной позе покоя, ничто вас не раздражает, ничто не мешает этому приятному отдыху, даже звуки, если они доносятся до вашего слуха, вас не беспокоят. Вам удобно, уютно, приятно (повторить с паузами 2—3 раза). Все окружающее вас как бы не касается, не касается... По вашему телу разливается приятное, легкое, успокаивающее тепло, а лоб и голова на фоне этого приятного тепла во всем теле испытывают приятную легкую прохладу. Все ваше тело приятно расслаблено... Приятно расслаблено. Во всем теле приятная истома, покой. Легкое монотонное постукивание метронома (или негромкий звук зуммера, шум вентилятора и приносимые им ритмично волны воздуха и т. д.) усиливает чувство приятной истомы и покоя. Они навевают дремоту, приятную дремоту, дремоту и покой... На фоне этого общего приятного покоя и полного, все усиливающегося отвлечения от всего окружающего вы ясно слышите мой голос. Он также действует на вас приятно-успокаивающе и воспринимается вами ясно. Слушая мой голос, вы отвлекаетесь от всяких мыслей, они уходят от вас, ничего вас не тревожит, не беспокоит... Не тревожит и не беспокоит. Полный покой. Полное бездумие, покой и бездумие. Ваши веки приятно отяжелели. Они опускаются, опускаются... Они закрылись, и приятный покой и истома стали еще глубже».
Далее нужно формировать и углублять распространение приятного чувства тяжести в руках, ногах, во всем теле. Внушение особенно легко реализуется в моторном секторе, в двигательной и мышечной сфере. Поэтому следует внушать приятную тяжесть и покой в мышцах век, лица, рук, ног, всего тела, все время подчёркивая» что это приятно. На этом фоне нужно начать формирование необходимых ощущений в области дыхания и сердечной деятельности. «Вам приятно, удобно, дыхание ваше становится спокойней и спокойней. Дыхание, как во сне, становится легким, поверхностным, приятно легким и нечастым». И далее: «Вы совершенно спокойны. Вам приятно, сердце ваше бьется ровно, спокойно, неторопливо...» Полезно взять руку, установить пальцы на пульсе:
«Вот ваш пульс, я чувствую.. Он ровен, хорошего наполнения. Сердце бьется спокойно. Раз... Два... Три...». Счет

ведется в темпе. 60 ударов в минуту, пока пульс не установится в этом ритме. Не следует торопиться с приказом: «Спите! Спать!» Более приемлемо внушение: «Вы находитесь в особом состоянии покоя. Это состояние гипноза. При нем вы

хорошо слышите меня, и мои внушения приобретают особую силу. Ваша нервная система, все ее клетки находятся в целебном сне, а слух на этом фоне глубокого покоя особенно ясно воспринимает мой голос и мои слова. Именно поэтому мои внушения и мои слова воспринимаются и полностью реализуются вашим организмом».

Техника В. Е. Рожнова. Больному предлагают фиксировать взгляд на каком-нибудь неподвижном блестящем предмете, обычно на металлическом шарике или кончике молоточка. Прием усыпления примерно таков: «Расслабьте мышцы. Лягте совершенно спокойно. Старайтесь ни о чем не думать. Внимательно слушайте то, что я вам буду говорить. У вас появляется желание спать. Ваши веки тяжелеют и постепенно опускаются. По всему телу распространяется чувство приятной теплоты. Все больше и больше расслабляются мышцы рук, ног и всего тела. Расслабляются мышцы лица, шеи, голова глубже уходит в подушку. Вам хочется спать. Сейчас я начну считать, и по мере того как я буду проводить этот счет, приближаясь к десяти, желание спать будет нарастать, становиться все сильнее и сильнее. Когда я назову цифру десять, вы заснете».

Примерно такие фразы врач повторяет несколько раз спокойным, ровным голосом, часто подкрепляя их прямым внушением: «Спать! Спите!» Говорить лучше негромко, спокойно, но в то же время твердо и уверенно. Отдельные слова, особенно такие, как «Спать! Спите!», следует выделять из общей мелодии речи и произносить с ударением, придавая им приказной оттенок. Не следует допускать скороговорок. Слова должны произноситься с некоторыми паузами, фразы должны быть короткими, понятными, легко воспринимаемыми.

Техника П. И. Буля. Больной располагается в горизонтальном положении на кушетке. Врач садится у изголовья и держит перед его глазами примерно на расстоянии 10 см какой-либо блестящий предмет. Больному предлагается пристально смотреть на предмет. Через

5—7 минут врач тихим монотонным голосом произносит формулу внушения: «Смотрите пристально на блестящую точку. Постепенно ваши глаза будут утомляться... веки будут тяжелеть... вас будет охватывать приятная усталость. Вы начинаете испытывать приятное головокружение. Все тише, все спокойнее, все темнее становится вокруг вас. В голове возникает легкий туман, он все нарастает, все усиливается... Вас охватывает сонливость, веки тяжелые, словно налились свинцом... Веки смыкаются. Вам все труднее различать предметы... Вы засыпаете, засыпаете... Веки плотно смыкаются. Вы не в силах их поднять. Забываетесь, забываетесь... Все глубже сонливость... Вы засыпаете... спите... спите глубже... Спите».

Примерно такие же формулы внушения П. И. Буль рекомендует применять в сочетании с монотонными воздействиями раздражителей на слуховой (метроном, шум падающих капель воды) или на кожный (пассы, электролампа на шнурке, электронагреватели и др.)
анализатор.

Техника Шертока. Пациента просят фиксировать взгляд на предмете, который находится приблизительно на расстоянии 25 см от его глаз. Внушения могут осуществляться по следующей формуле, конечно, с многочисленными вариантами: «Я держу перед вами предмет. Вы смотрите на этот предмет, вы слышите мой голос. Если вы отводите взгляд, направьте его снова на предмет. Расслабьтесь и слушайте мой голос. Я хочу, чтобы вы расслабились. Вы чувствуете расслабление во всем теле. Вы расслабляетесь все больше и больше. Фиксируя предмет и слушая мой голос, вы чувствуете, что расслабляетесь все более и более. Мышцы ваших ног расслаблены, мышцы ваших рук расслаблены. Вы чувствуете также, что вы дремлете. Вы будете дремать все глубже, глубже и глубже. Слушайте хорошенько мой голос. А теперь вас охватывает тяжесть, ваше тело становится тяжелым. Ваши ступни, ваши ноги, ваше тело становится тяжелым, тяжелым, тяжелым... Приятное тепло пронизывает ваше тело. Вы думаете о сне. Приятное тепло пронизывает ваше тело, как бывает, когда вы засыпаете. Ваши веки становятся тяжелыми, вы становитесь сонливыми, ваши веки становятся теплыми, тяжелыми... тяжелыми. Думайте о

сне и ни о чем другом. Вы не можете держать глаза открытыми, ваши веки становятся все тяжелее и тяжелее... Вы хотите спать, вы все больше и больше хотите спать, ваш взгляд утомлен, вам колет глаза, глаза слезятся (это говорят в том случае, если глаза становятся влажными). Дышите глубоко и медленно. С каждым вдохом ваш сон глубже, глаза ваши теперь закрыты. Вы засыпаете, спите, спите!».

Обычно проведенные внушения заставляют пациента закрыть глаза. Если же этого не произошло, можно прибегнуть к технике счета. Она состоит в возобновлении внушения при счете от одного до десяти. Если и после этого пациент не закрывает глаза, можно, по примеру Бернгейма, использовать следующий способ: руку держать в нескольких сантиметрах от глаз пациента и передвигать ее попеременно сверху вниз и снизу вверх много раз. Прием сопровождают словами: «Следите за моей рукой вверх, вниз, вверх, вниз и вы захотите спать все сильнее и сильнее». Если у пациента глаза все еще открыты, ему говорят: «Теперь вы можете закрыть глаза!» При этом врач тихо закрывает пальцами веки пациента.

Техника, наиболее часто применяемая в практике авторов данной монографии. Пациента укладывают на кушетку или усаживают удобно в кресло в затемненной тихой комнате. Врач садится напротив него, обычно с правой стороны, держа в руке какой-нибудь блестящий предмет (часы, молоточек и т. п.). Больному предлагается полностью расслабиться и фиксировать свой взгляд на блестящем предмете. Врач негромким монотонным, но внушительным голосом начинает говорить: «Ваши мыщцы полностью расслабились, ни о чем постороннем не думайте, слушайте только мой голос... Смотрите на часы в одну точку, по возможности не мигая. Постепенно глаза ваши начнут уставать, веки тяжелеть, и вам захочется закрыть глаза. Считаю до пяти, и на счет пять ваши глаза закроются. Раз... два... Глаза начинают уставать, контуры часов становятся расплывчатыми, веки тяжелеют, вас охватывает сонливость. Веки тяжелеют все больше и

больше, они опускаются ниже и ниже (при этом можно опускать предмет, на котором больной фиксирует свой взор, все ближе к его груди). Четыре, пять... Глаза

64

закрываются...». Если больной продолжает держать глаза открытыми, можно рукой осторожно прикрыть веки.

Далее продолжается внушение сна: «Ваши мышцы расслаблены. Вы чувствуете приятную тяжесть во всем теле. Мой голос действует на вас успокаивающе» с каждым моим словом приятная дремота все глубже охватывает вас... Я считаю до пятнадцати, и с каждым счетом вы засыпаете все глубже и глубже. Раз.., два.., три... Тяжесть в теле усиливается, руки тяжелые, ноги тяжелые. Вы не можете пошевелить рукой, ногой. Четыре... пять,., шесть... Приятная теплота появляется в ваших руках и ногах. Вы засыпаете все глубже и глубже. На счет пятнадцать вы уснете. Семь.., восемь.., девять... Все тело тяжелое, приятная теплота во всем теле. Дыхание ровное, спокойное, сердце бьется ровно и спокойно. Спать хочется все больше и больше. Вы засыпаете все глубже и глубже. Десять.., одиннадцать.., двенадцать... Вы засыпаете. Ваши мысли расплываются, как масляное пятно на бумаге.;

Вы слышите только мой голос. Ничего не мешает спать. Вы засыпаете... Засыпаете...».

Во время внушения врач может делать пассы вдоль лица и туловища пациента, поглаживать его руку или лоб. Последние цифры счета произносятся тихо, но с нарастающим напряжением в голосе: «Тринадцать... четырнадцать.., пятнадцать! Спать. Спать!».

Мы не случайно привели несколько вариантов техник сметанного метода гипнотизирования. Чаще других при-1 меняется сочетание воздействия монотонного слабого раздражителя на зрительный анализатор и словесного внушения сна.

Метод Эриксона. В литературе известен как метод поднятия руки, или американский метод. По мнению его сторонников, метод имеет некоторые преимущества, так как заставляет пациента активно участвовать в процессе гипнотизирования и подготавливает почву для аналитической психотерапии.

Даем этот метод в описании Wolberg (1948).

«Я хочу, чтобы вы почувствовали себя удобно на стуле и полностью расслабились. Теперь, когда вы сели, положите руки плашмя на бедра. Вот именно так. Вы будете следить за вашими руками и заметите, что сможете внимательно наблюдать за ними. То, что вы должны

65

сделать, — это сесть на стул и расслабиться. Вы заметите, что некоторые явления возникают во время вашей релаксации. Они всегда происходили в то время, когда вы расслаблялись, но вы их прежде так хорошо не знали. Я вам о **них** сообщу. Я хочу, чтобы вы сосредоточили ваше внимание на всех ощущениях и впечатлениях, которые вы почувствуете в ваших руках, каковы бы они ни были. Возможно, вы почувствуете тяжесть вашей руки, лежащей на бедре. Я хочу, чтобы вы наблюдали за испытываемыми вами ощущениями. Может быть, вы почувствуете нечто вроде зуда. Неважно, что вы будете испытывать, но я хочу, чтобы вы за этим наблюдали. Смотрите все время на вашу руку и вы заметите, что она спокойна и что она остается все в том же положении. В ней уже есть движения, но они пока еще не заметны. Я хочу, чтобы вы не спускали глаз с вашей руки. Ваше внимание может отвлечься от руки, но оно все время будет возвращаться к ней, и вы все время не спускаете глаз с руки, и вы спрашиваете себя, когда движения, которые в ней возникают, будут видимыми».

Пациенту любопытно узнать, что произойдет, тем более что ему внушают: ощущения, которые он испытывает» может испытать каждый. Внушение не имеет характера насилия, и если пациент заметит то или иное ощущение, он будет рассматривать его как продукт собственного опыта. Именно этого психотерапевт и должен добиться. Пациент ассоциирует слова гипнотизера со своими ощущениями» и вследствие этого появляются сенсорные и моторные реакции. Например, в одном из пальцев руки появляется легкое движение или вздрагивание. Как только это происходит, врач отмечает, что это движение естественно и, возможно, оно усилится.

Наблюдая вместе с пациентом за «поведением» его рук, врач в непринужденном тоне продолжает: «Интересно будет увидеть, который из ваших пальцев начнет двигаться первым. Может быть, это будет большой палец или указательный, или безымянный, или мизинец. Вы не знаете точно, когда и на какой руке. Смотрите все время внимательно и заметите сперва легкое вздрагивание, может быть, правой руки. Смотрите: мизинец вздрагивает и шевелится. В начале движения вы заметите интересную вещь. Пространство, имеющееся между пальцами, рас-

ГИПНОЗ И ВНУШЕНИЕ

66

ширяется очень медленно, пальцы расходятся очень медленно, и вы замечаете, что пространство между ними расширяется все больше и больше. Пальцы будут расходиться медленно... они расходятся все больше и больше, все больше и больше, все больше и больше, именно так».

Если пальцы начинают расходиться, это означает, что пациент реагирует на внушение. Врач продолжает говорить, делая вид, что все происходит само собой, и дело не в его словах, а в поведении пациента.

«...Ваши пальцы разошлись.., вскоре они начнут подниматься, образуя арку над бедром, как будто они хотят подняться все выше и выше. Заметьте, как поднимается указательный палец. В то же время другие пальцы хотят последовать за ним. Вот они медленно поднимаются. В то время как пальцы будут подниматься, вы почувствуете мягкость в кисти руки, ощущение легкости, тем более что пальцы поднимаются в воздух, поднимаются, поднимаются все выше... Когда вы смотрите на поднимающуюся кисть руки, вы замечаете, что вся ваша рука поднимается, поднимается в воздух, еще выше, еще... Смотрите все время на вашу кисть руки и всю руку, которые поднимаются, и в это время вы почувствуете, как ваши глаза становятся сонливыми и усталыми. В то время как ваша рука продолжает подниматься, вы почувствуете себя усталым, расслабленным и вам очень захочется спать. Ваши глаза сделаются тяжелыми и, возможно, вашим векам захочется закрыться, и в то время как ваша рука будет подниматься все выше и выше, вы захотите почув-

ствовать себя все более и более расслабленным, вы захотите спать все больше и больше, вы захотите испытать чувство покоя и расслабления, закрыв глаза и засыпая».

И если пациент подчиняется внушению, его положительный ответ используют, чтобы подкрепить и усилить внушение.

«Ваша рука поднимается еще и вы становитесь совсем сонливым; ваши веки делаются тяжелыми, ваше дыхание становится медленным и спокойным... В то время как вы смотрите на вашу руку и чувствуете себя все более и более сонным и расслабленным, вы замечаете, что направление вашей руки начинает изменяться. Рука начинает сгибаться, и кисть руки начинает все больше и больше прибли-

жаться к вашему лицу, еще, еще, и, пока она сгибается, вы медленно, но верно впадаете в глубокий, глубокий сон, в котором вы глубоко расслабитесь, настолько, насколько хотите. Рука сгибается все больше и больше, пока не достигает вашего лица, и вы будете хотеть спать все больше и больше, но вы не должны заснуть прежде, чем ваша рука не достигнет лица. Когда рука приблизится к лицу, вы будете спать, глубоко спать».

Пациенту предоставляют возможность самому регулировать режим движения руки и засыпания. Когда пальцы его кисти коснутся лица, у него создается впечатление, что он уснул, потому что таково было его собственное желание. Движение руки и постепенное засыпание взаимно усиливают друг друга, и, когда пациент закроет глаза, он войдет в гипнотический транс, в формировании которого он участвовал сам.

Вместе с тем врач продолжает: «Теперь ваша кисть поднимается к лицу. Ваши веки становятся тяжелыми. Вы хотите все больше и больше спать. (Кисть руки пациента приближается к лицу, его веки моргают все быстрее.) Ваши глаза становятся тяжелыми, и кисть руки направляется к лицу, вы чувствуете себя очень усталым и сонным. Ваши глаза закрываются, закрываются. Когда ваша рука достигает лица, вы будете спать, глубоко спать. Вы будете чувствовать сильную сонливость. Вы будете чувствовать все большую сонливость, вы очень захотите спать, почувствуете общую усталость, ваши веки тяжелы, как свинец, а ваша рука направляется прямо к лицу и, когда она достигнет лица, вы будете спать (кисть руки доходит до лица и пациент закрывает глаза). Спите спите, просто спите. Во время сна вы чувствуете себя очень усталым и расслабленным. Я хочу, чтобы вы сосредоточились на релаксации, на состоянии релаксации без напряжения. Думайте только о том, чтобы спать, глубоко спать!» (цит. по Chertok, 1972).

Метод Д. А. Когана и В. М. Файбушевича. Отличается своей простотой и изяществом. «Лежите спокойно, удобно, ни о чем не думайте. Сейчас я вам расскажу маленький отрывок из стихотворения; вы будете успокаиваться все больше и больше, в вашем теле появится приятная теплота и истома, мысли начнут исчезать из головы, и вы будете погружаться в приятную дремоту. С каждым моим

словом вы будете засыпать все глубже и глубже. А когда я закончу читать, вы будете спать. Во время сна кроме моего голоса вы не будете слышать посторонних звуков и ничто вас не будет беспокоить.

Заводь спит. Молчит вода зеркальная.
Только там, где дремлют камыши,
Чья-то песня слышится печальная,
Как последний вздох души.
Это плачет лебедь умирающий,
Он со своим прошедшим говорит;
А на небе вечер догорающий
И горит и не горит...
Отчего так грустны эти жалобы,
Отчего так ноет сердце, грудь?
В этот **миг** душа желала бы
Невозвратное вернуть».
(Бальмонт)

Метод Шарко (шоковый метод). Существует много вариантов. Приводим один из них в описании А. М. Свядоща (1982). «Больному предлагают встать спиной к креслу или дивану. Врач становится с правой стороны больного и говорит ему: «Сейчас вы уснете глубоким крепким сном. Стойте ровно» не сгибайте тела. Закройте глаза». Далее» положив больному правую руку на лоб, а левую на затылок, он слегка откидывает голову больного назад и внушает: «Ваше тело свободно раскачивается». При этом давлением на голову больного врач начинает его слегка раскачивать, постепенно увеличивая амплитуду. «Вас тянет все больше и больше назад. Вы падаете назад все больше и больше. Вы не боитесь упасть. Я вас держу». Затем, еще больше увеличив амплитуду качания, врач внезапным давлением на лоб больного резко опускает его в кресло или на диван, стоящий сзади, и громким повелительным тоном приказывает: «Спать! Спать глубже, глубже и глубже». В некоторых случаях приказ сопровождается внезапным сильным звуком (удар гонга, хлопок) или вспышкой сильного источника света. Многие больные (в большинстве случаев истеричные) при таком воздействии сразу погружаются в гипнотический транс».

Метод Фогта — Кречмера (фракционный гипноз). Обычно применяется в тех случаях, когда больной мало-гипнабелен и у врача нет уверенности в быстром и эффективном погружении пациента в гипноз. Больного погру-

жают в неглубокий гипноз и внушают; «Сейчас я досчитаю до трех, на цифре «три» вы проснетесь и откроете глаза, но затем я снова погружу вас в гипноз, но уже более глубокий». После пробуждения пациента просят рассказать о своих ощущениях во время гипнотизирования, что мешало ему заснуть, а что, наоборот, способствовало засыпанию. Затем приступают к повторному гипнотизированию, учитывая все отрицательные и положительные моменты, выясненные при

опросе больного. Таким образом, больной каждые 3—5 мин выводится из состояния дремоты, а затем снова погружается в гипноз. Во время паузы полезно успокоить больного, попросить его расслабиться.

Кречмер (1949) перед сеансом и во время пауз рекомендовал аутогенные тренировки на релаксацию, тяжесть и тепло в конечностях. После того как больной посредством самовнушения вызывает у себя тяжесть и тепло в теле, врач снова погружает его в гипноз. Способ повышает восприимчивость больного к гипнозу и позволяет добиваться глубокой степени транса.

И. 3. Вельвовский и соавт. (1984) несколько модифицировали метод. Они не будят больного, а стимулируют ответы на вопросы, не выводя пациента из гипноза. «Сейчас я задам вам вопросы. Вы их ясно услышите и, не выходя из состояния покоя, приятной скованности, ответите на них». В некоторых случаях больному в паузах демонстрируют, что внушения реализовались, например, что он не может пошевелить рукой или ногой.

*   * *

Описанные выше методы гипнотизирования (и их варианты) не исчерпывают всего арсенала приемов, которые позволяют врачу погрузить пациента в гипнотический транс. (Мы уже упоминали, что таких методик сейчас насчитывается более ста.) Преимущество их заключается только в том, что они просты, а поэтому наиболее доступны практическому врачу.

Из менее часто применяемых методов гипнотизации можно отметить такие, как метод Кречмера ~ Эриксона,

метод «путаницы», репетиционный метод, метод множественной диссоциации, метод «Сюрприз».

Метод Кречмера — Эриксона. Гипнотизер «вяжет сетку слов» и только периодически вставляет фразу, которая содержит прямую суггестию. Эта фраза (или слово) действует с особой силой, так как у пациента создается впечатление, что он сам активно участвует в процессе лечения.

Внушение: «Вы можете делать, что хотите: сидите или двигайтесь. Можете слушать меня или не слушать, можете держать глаза закрытыми или открытыми. Сядьте удобно в кресло и расслабьтесь. Вы можете ни о чем не думать или думать о чем-то приятном, вспоминать приятные события из вашей жизни. Можете вообще не обращать на меня внимания. Лечение уже началось. Вам не обязательно спать; если хотите, можете дремать, если не хотите — не спите, но веки ваши тяжелеют. Резервные возможности вашего организма безграничны, действуют не слова врача, а ваши собственные возможности. Нужно только умело их использовать. Вы сейчас раскованны, дыхание ваше ровное, сердце бьется ровно и спокойно. Я вам ничего не навязываю, ничего не внушаю. Вы сами выберете из моих слов, что вам нужно. Вы хорошо слышите меня, но окружающее вам уже не мешает, оно ушло на задний план, растворилось. Вы можете на время совсем отвлечься от моих слов, представить себя на берегу моря. Вас приятно греет солнце, тело ваше теплое, отяжелевшее. Вам не обязательно спать, это не главное, но вам так приятно, вы так хотите расслабиться и уснуть» и т. д.

Методика более приемлема при коллективном гипнозе. В последние годы ею с телеэкрана часто пользовался А. М. Кашпировский. внесший в методику много нового и усовершенствовав ее.

Метод «путаницы». Лучше применять его при лечении людей высокообразованных, скептически относящихся к гипнозу. Сущность метода заключается в том, что пациенту делается ряд противоречивых, взаимоисключающих, разнонаправленных внушений, требующих от него постоянного и быстрого переключения внимания.

Врач просит больного поднять правую руку и не двигать левой. Тут же повторяет просьбу: поднять левую и

не двигать правой. Сначала пациент думает, что врач ошибся и «путает» руки. Потом врач без перехода требует от больного одновременно, чтобы он не двигал руками, но одну поднял, а другой давил вниз. Движимый желанием сотрудничать с врачом, пациент стремится разобраться в этом хаосе путаных требований и приходит в такое замешательство, что рад любому разумному предложению. Врач должен вести себя невозмутимо, приказы отдавать быстро, решительно и уверенно, не позволяя пациенту опомниться. В заключение, когда пациент окончательно сбит с толку, следует категоричное требование закрыть глаза и спать.

Этот метод можно несколько видоизменить. Врач начинает с житейских рассуждений о том, как легко мы часто путаем дни и недели, назначаем свидание в одно время, а приходим в другое. Если пациент соглашается, что и у него так бывает, врач продолжает примерно следующим образом: «Сегодня, скажем, вторник, а можно думать, что четверг, но поскольку сегодня среда и поскольку вообще не имеет значения в данной ситуации, что сегодня: среда или понедельник, то ничего не мешает вам живо вспомнить одно приключение, которое вы пережили неделю назад в понедельник, точь-в-точь такое, какое вы пережили в прошлую среду». Прислушиваясь к этим рассуждениям, пациент может считать, что в них есть какой-то смысл. Однако, стараясь ухватить его, он обращается к событиям, происшедшим с ним в среду или в понедельник. В это время делается императивное внушение забыть все, что было на этой неделе, и представить события, которые были с пациентом на его дне рождения пять лет назад. Потом, с еще большим напряжением в голосе, говорят, что сейчас пациент представит себя участником этого дня рождения. Вот он сидит за столом, около него его мать и т. п. После этого более спокойно, но настойчиво пациента просят закрыть глаза и уснуть.

Репетиционный метод. Больному предлагают зрительно вообразить, что он выполняет какое-то задание под гипнозом, а затем подключить к этому другие формы воображения: слуховую, кинестетическую.

Метод множественной диссоциации. Пациенту предлагают, чтобы он вообразил стеклянный шарик, а затем

внушают: «Вы видите в этом шарике себя. Вы жизнерадостны, счастливы и здоровы». Потом просят вообразить второй, третий и т. д., индуцируют различные, но взаимосвязанные картины, которые пациент «видит» в этих шариках.

Метод «Сюрприз». Пациента, с которым ведут индифферентную беседу, внезапно спрашивают: «Какой породы вон та собака?» и указывают выразительным жестом на пустое место. Или уверенным голосом предлагают определить ценность денежных знаков, которые врач держит в руках. Внушаемый больной выполняет просьбу, хотя в руках врача находятся чистые листики нарезанной бумаги. После этого больному приказывают уснуть и проводят лечебное внушение.

Лечебное внушение в гипнозе

Лечебная эффективность внушения в гипнозе не всегда прямо зависит от глубины гипнотического транса. Многие гипнологи считают, что, для того чтобы получить хороший психотерапевтический эффект, нужно обязательно добиться сомнамбулы. Действительно, в сомнамбулической фазе гипноза внушение реализуется легко, а полученный лечебный эффект в последующем удерживается достаточно стойко. Но опыт показывает, что такой же, а иногда и лучший лечебный эффект дает внушение в фазе сонливости или даже в легкой фазе «покоя-отдыха» (по К. И. Платонову). Кроме того, внушение в начальной стадии гипноза тренирует гипнабельность больного и увеличивает глубину гипноза от сеанса к сеансу. Поэтому лечебное внушение можно и нужно начинать уже в самых первых и легких стадиях гипноза.

Для начинающих психотерапевтов особенно важным является вопрос о содержании лечебного внушения. Различают *общие и специальные внушения.* К общим относят внушения, снимающие болезненные симптомы и вызванные ими дискомфортные состояния, внушения, улучшающие общее самочувствие, повышающие тонус, вызывающие безразличие или даже амнезию к таким болезненным состояниям и травмирующим ситуациям, которые изменить уже нельзя.

Оптимальной при гипносуггестивной терапии является тактика А. А. Токарского (1890), который рекомендовал начинать внушение со снятия наиболее легко устранимых симптомов, и только получив положительный эффект, переходить к более устойчивым, тесно связанным с существом болезни патологическим явлениям. Постепенность обычно лучше обеспечивает прочность достигнутых результатов.

На первом сеансе внушают пациенту надежду на выздоровление, убеждают его в том, что лечению гипнозом он поддается хорошо. В последующем в формулу внушения вводят слова, поддерживающие и углубляющие успехи, достигнутые на предыдущих сеансах.

Приемлема примерно такая формула внушения: «Лечению вы поддаетесь хорошо. С каждым днем вы становитесь все бодрее и увереннее в себе. У вас появилась уверенность в выздоровлении... Вы уже уверенно ездите в общественном транспорте. С каждым сеансом вы все более и более освобождаетесь от страха остаться одному в комнате, ездить в транспорте» и т. д. В конце сеанса больному нужно внушить, что на следующем сеансе он уснет еще более быстро и более глубоко, и так от сеанса к сеансу.

Специальные внушения более конкретны, чем общие, и при этом всегда индивидуализированы. Не может быть одинаковых «формул внушения» для всех больных даже при одном и том же заболевании. Вырабатывая каждый раз новую формулу лечебного внушения, врач исходит из жалоб больного, особенностей его личности, характера заболевания, этапа лечения и т. д.

Следует учитывать, что не все внушенное в гипнозе реализуется в одинаковой мере. Если внушение содержит сразу много положений, то эффективность его часто снижается. Если на более позднем этапе лечения формула внушения может охватить разные стороны болезни, то на раннем этапе это нежелательно.

Содержание внушения должно всегда соответствовать характеру ожидаемого лечебного эффекта. Иногда врач настойчиво внушает больному алкоголизмом отвращение к алкоголю, забывая (или не зная) о том, что страдающий хроническим алкоголизмом почти всегда пьет, испытывая отвращение к алкоголю, преодолевая это отвращение,

чтобы достичь состояния опьянения. В этих случаях важно внушить именно отказ от алкоголя.

Заикающемуся следует внушать не только то, что он не будет заикаться. Эффективнее бывает внушение, что он не будет испытывать страха перед заиканием, не будет стесняться своего дефекта речи и т. п.

Приводим несколько вариантов возможных частных внушений в гипнозе.

Неврастения с нарушением сна. «Ваша бессонница не есть результат какого-нибудь тяжелого заболевания, которого вы опасаетесь. После проведенного курса лечения вы будете спать хорошо. Ложитесь спать каждый день в определенное время. Не думайте о том, что вы не заснете, и сон придет сам собой. Вы должны хорошо спать и будете хорошо спать. Головные боли, раздражительность пройдут, как только у вас наладится сон. Не анализируйте свое состояние, не разбирайтесь в нем, не думайте о нем, не говорите о своей бессоннице. Она пройдет, вы будете хорошо спать» (Рожнов, 1954).

Язвенная болезнь желудка. «С каждым днем ваша нервная система укрепляется... Исчезают раздражительность, тревога. У вас появляется хороший аппетит. Вы начинаете с удовольствием есть... Исчезают боли в желудке.., отрыжка и тошнота исчезли.., прекращаются рвоты.., желудок начинает нормально работать.., исчезли вялость кишечника и запоры... Вы начинаете хорошо и крепко спать. Вот и сейчас во время лечебного сеанса улучшаются все функции вашего организма. Расслабляется мускулатура тела и внутренних органов, расширяются сосуды, питающие стенку желудка и слизистую оболочку, усиливается приток крови, питательных веществ и кислорода к месту изъязвления. Идет усиленное заживление язвы. Ваше настроение улучшается. Вы становитесь бодрым, жизнерадостным.., исчезла былая раздражительность. Вы выздоравливаете» (Буль, 1974).

Бронхиальная астма. «Ваше дыхание постепенно становится спокойным, глубоким... дышать становится все легче... Ваше тело расслабляется... Приятный покой охватывает вас.., дышится легче, глубже... Вот видите, вам становится все легче и легче, все свободнее дышать, теперь засыпайте глубже... Вы проснетесь с

хорошим и свободным дыханием... С каждым днем приступы будут уменьшаться... Никакие тревоги и волнения не будут отражаться на вашем дыхании... Дыхание всегда и везде будет глубоким, ровным, свободным... Никакие изменения погоды на вас влиять больше не будут...» (Буль, 1974).

Дегипнотизация

Вывод из гипнотического состояния обычно не представляет затруднений, но его нужно проводить не спеша. И. 3. Вельвовский и соавт. (1985) рекомендуют следующие этапы дегипнотизации:

• закрепление позитивных элементов на постгипнотический период;
• внушение повышения гипнабельности на последующих сеансах;
• отключение пациента от привязанности к гипнопсихотерапии.

Заканчивая сеанс, следует еще раз коротко и четко повторить формулу лечебного внушения. Например. «Появилась уверенность в выздоровлении. Вы стали спокойнее. Сон улучшился. Боли в сердце уменьшились. Болезнь уходит на задний план». После этого проводится дегипнотизация: «После сеанса вы будете чувствовать себя бодрым и вместе с тем спокойным, уравновешенным. Когда проснетесь, не будет никаких неприятных ощущений. Настроение и самочувствие будут прекрасными. Ночью вы будете спать глубоким, спокойным сном, а утром проснетесь полным сил и уверенности в своем выздоровлении. ...На следущем сеансе вы уснете еще быстрее и еще более глубоко. С каждым сеансом вы будете засыпать все быстрее и глубже, а мои внушения будут действовать на вас все сильнее и сильнее.

...Ко мне вы будете относиться только как к лечащему врачу. Никаких других чувств, кроме уважения и полного доверия, у вас не возникнет. А сейчас на счет «пять» вы проснетесь. **Раз...** Вы начинаете просыпаться, тяжесть в мышцах исчезает, возвращается активность. Два... Мышцы ваши несколько напрягаются, вы начинаете хорошо различать посторонние звуки. Дремота становится все легче, все поверхностнее. Три... Возвращается

легкость, желание двигаться. Вы просыпаетесь. После сеанса будете чувствовать себя бодрым, уравновешенным. Ночью будете спать хорошо. Четыре.., пять. Глаза открылись. Вы проснулись».

Глубина гипноза

Между состоянием бодрствования и глубоким гипнотическим трансом существует целая гамма промежуточных состояний. Бернгейм выделял девять стадий гипноза, Льебо — десять.

На западе часто используется шкала Дэвиса и Хусбенда, которая содержит тридцать стадий гипноза (цит. по Chertok, 1972).

Принято выделять три стадии гипноза: **легкий гипноз** (сонливость), **средний гипноз** (гипотоксия) и **глубокий гипноз** (сомнамбулизм).

Эта классификация была предложена В. М. Бехтеревым (1911) и в дальнейшем разработана Форелем (1928), Е. С. Катковым (1956), П. И. Булем (1974), Е. В. Рожновым (1985) и др.

Первая стадия. Пациент находится в легком дремотном состоянии, но может противостоять словесным внушениям, не теряет связи с окружающим и, хотя ощущает слабость в теле и тяжесть век, может по собственному желанию открыть глаза, подвигать конечностями, прервать сеанс. По субъективному отчету пациент спящим себя не считает.

Вторая стадия. Характеризуется выраженной сонливостью, мышечной слабостью, притуплением органов чувств, утратой произвольных движений, пассивной подчиняемостью внушениям. Ориентировка сохраняется. Возможно внушение каталепсии — восковой гибкости мышц с длительным сохранением приданных неудобных поз. При словесном отчете пациент утверждает, что во время сеанса находился в дремоте, слышал окружающие его шумы и разговоры, мог бы открыть глаза и пошевелить конечностями, но «не хотел этого делать». Отмечается частичная постгипнотическая амнезия.

Третья стадия. Характеризуется нарушением ориентировки и полной постгипнотической амнезией. В со-

Шкала Дэвиса и Хусбенда

Глубина гипноза	Стадия гипноза	Признаке
Невосприимчивость	0	
Гипноидность	1	
	2	Релаксация
	3	Хлопанье веками
	4	Закрывание глаз
	5	Полная физическая релаксация
Легкий транс	6	Офтальмоплегия
	7	Каталепсия конечностей
	10	Ригидная каталепсия
	11	Анестезия по типу «перчаток»
Средний транс	13	Частичная амнезия
	15	Постгипнотическая амнезия
	17	Изменение личности
	18	Простые постгипнотические внушения
	20	Кинестетические иллюзии; полная ам
		незия

Глубокий транс	21	Способность открывать глаза, не выхо
		дя из транса
	23	Фантастические постгипиотические
		внушения
	25	Полный сомнамбулизм
	26	Позитивные постгиппотические зри
		тельные галлюцинации
	27	Позитивные постгипнотические слухо
		вые галлюцинации
	28	Системная постгипнотическая амне
		зия
	29	Негативные слуховые галлюцинации
	30	Негативные зрительные галлюцина
		ции

стоянии гипноза пациент не воспринимает никаких внешних раздражителей и поддерживает раппорт только с загипнотизировавшим его врачом. Возможно внушение галлюцинаторных переживаний. Можно извратить характер реакций на первосигнальные раздражители (вызвать ожог холодным предметом и т. п.). Пациента можно заставить ходить, отвечать на вопросы, выполнять достаточно сложные действия соответственно внушенной ситуации (скакать на лошади, грести на лодке, есть яблоки и т. п.). В этой стадии гипноза можно добиться возрастной регрессии с поведением и речевой продукцией, соответст-

вующими внушенному возрасту. Возможны внушение полной потери чувствительности к болевым раздражителям и выключение других анализаторов. В этой стадии возможно постгипнотическое внушение, в том числе и внушение отсутствия амнезии.

Опытный психотерапевт достаточно точно улавливает глубину гипнотического транса пациента и в зависимости от этого меняет формулу внушения. О глубине транса можно в определенной мере судить по дыханию больного (оно становится спокойным и поверхностным), отсутствию дрожания век, глотательных движений, реакций на постоянные звуки, по цвету кожи лица и т. д.

Осложнения при гипнотизации

Следует различать осложнения, вызванные гипнозом, и осложнения, возникающие в результате внушений в состоянии гипноза.

Е. В. Рожнов (1975, 1985) и другие гипнологи неоднократно подчеркивали, что при правильном проведении гипнотизации гипноз сам по себе совершенно безвреден. Бытовавшее долгое время мнение Шарко и его сторонников, что гипноз — это одна из форм невроза, оказалось несостоятельным. Тем не менее осложнения при гипнотизации хотя и редко, но встречаются. Остановимся на некоторых из них.

Утрата раппорта во время сеанса. Гипнотический транс в таких случаях, как правило, переходит в обычный сон. Гипнологу нужно или окончить сеанс, или, разбудив пациента, начать гипнотизацию сначала. Такого рода осложнения достаточно часто встречаются при гипнотизации больных хроническим алкоголизмом, выраженным церебральным атеросклерозом, у резидуальных органиков и олигофренов.

Спонтанный катарсис. Во время гипноза у больного без внешнего повода (или при неумелом поведении врача) внезапно всплывают травмировавшие его ранее переживания, в связи с чем могут появиться слезы, рыдания, экспансивные движения. Эмоциональная реакция подавляется прямым приказанием успокоиться и продолжать спать.

Истерический гипноид. Во время сеанса возникает истерический припадок с типичными вскрикиваниями, рыданиями или хохотом, театральным разыгрыванием судорог. Иногда истерический гипноид проявляется в том, что пациент произносит бессвязные фразы, читает стихи, встает, пытается уйти и т. п. В этих случаях в повелительном тоне нужно прекратить сеанс и успокоить больного. С этой целью врачу нужно иметь под рукой набор успокаивающих средств (транквилизаторы, настой валерианы и др.). Мы в таких случаях пользуемся порошками, состоящими из хинина (0,1) и камфоры монобромистой (0,2).

Спонтанный сомнамбулизм. Возникает так же, как и истерический гипноид, преимущественно у истерических личностей. Начинается с утраты раппорта. Пациент спонтанно впадает в сомнамбулическое состояние, во время которого теряет ориентировку, галлюцинирует, ходит по помещению, разыгрывает какие-то сцены из своей прошлой или воображаемой жизни.

Для истерической сомнамбулы характерны театральность, сохранение частичного контакта и последующая частичная амнезия.

Для сомнамбулы эпилептического генеза свойственна полная утрата контакта и тотальная амнезия.

Утрата раппорта лишает врача возможности императивно влиять на поведение пациента. Нужно попытаться вступить в контакт с пациентом, используя его же поведение и речевую продукцию. Так, если пациент в состоянии сомнамбулы принимает врача за какое-то другое лицо, то нужно попытаться вступить с ним в контакт от имени этого другого лица. Обычно это удается, и тогда спонтанную сомнамбулу можно перевести в управляемую. Спонтанная сомнамбула может длиться от нескольких минут до нескольких часов и переходит в естественный сон.

Гипнотическая летаргия. Возникает обычно в третьей стадии гипноза. Врач утрачивает раппорт с пациентом и лишается возможности вывести его из гипноза. В таких случаях нужно дождаться, когда гипнотический транс перейдет в естественный сон, дать пациенту выспаться, а после провести с ним успокаивающую беседу.

Показания и противопоказания к применению гипносуггестивной терапии

Прямым показанием к применению внушения в гипнозе является истерический невроз. Особенно благотворно воздействие гипносуггестивной терапии при истерических моносимптомах: параличах, расстройствах речи, слуха, амнезиях, заикании и т. д. А. И. Захаров (1982) считает, что детям при наличии истерических проекций и «рентных» установок, склонности к конфабуляциям и гиппологическим галлюцинациям гипносуггестивная психотерапия противопоказана. Вмести с тем этот вид лечения показан при психогенном мутизме, невротическом заикании, респираторных тиках, выкриках, истерических расстройствах в виде амавроза, анестезии, парезов и параличей. Показана гипносуггестия детям при аллергических иммунных нарушениях, ночном энурезе. Следует отметить, что хороший терапевтический результат при лечении ночного энуреза внушением в гипнозе отмечается не только у детей, но в еще большей степени — у пациентов в подростковом возрасте (Chertok, 1972).

Показана гипносуггестивная терапия при нарушениях сна, неврастении. Невроз навязчивых состояний и различного рода фобии лучше снимаются при групповой психотерапии и классическом психоанализе. По иногда и здесь удается добиться положительных результатов: можно уменьшить тревогу, эмоциональное напряжение, за-фиксированность на навязчивых состояниях. А. И. Захаров (1982) добивался успехов, леча внушением в гипнозе детей с невротическими страхами. В серии сеансов он внушал образ уверенного в себе человека или сновидения, свободные от страха.

Гипносуггестия показана в борьбе с вредными привычками у детей (кусание ногтей, гримасничанье, онанизм) и как метод коррекции девиантных форм поведения у подростков (правонарушения, суициды, сексуальные девиации и т. д.).

Целесообразно применение гипносуггестивной терапии при психогенных депрессиях. Иногда хорошие результаты, особенно в сочетании с другими методами ле-

чения, гипносуггестия дает при лечении сексуальных неврозов. 3. В. Роясновская (1985) отмечает эффективность внушений в гипнозе при половой неудовлетворенности, виргогамии и вагинизме у женщин.

В последние годы расширяется круг показаний гипно-суггестивной психотерапии при соматических заболеваниях. Внушение в гипнозе с хорошим эффектом применяется при начальных формах гипертонической болезни, бронхиальной астме, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, при различного рода аллергических состояниях. Хорошо снимаются внушением в гипнозе некоторые формы нарушения сердечного ритма, тревога и депрессия у больных, перенесших инфаркт миокарда.

Показана гипносуггестивная терапия при наркоманиях, алкоголизме и табакокурении.

Широкое распространение внушение в гипнозе получило в акушерстве и гинекологии. Разработана методика обезболивания родов (Здравомыслов, Вельвовский и др., 1984). Хорошие результаты гипносуггестивная терапия дает при дисменоррее, меноррагии, нарушении лактатного периода, токсических рвотах у беременных.

Показанием для гипносуггестивной психотерапии являются многие заболевания кожи: экзема, псориаз, красный плоский лишай, узловатая эритема, бородавки, кожный зуд.

Широкие возможности внушение в гипнозе открывает для хирургии, анестезиологии, стоматологии. У нас в стране и за рубежом под анестезией, вызванной внушением в состоянии гипноза, проводятся достаточно сложные хирургические операции.

Первая операция — удаление рака грудной железы под гипнотической анестезией - была проведена французским хирургом Клоке в 1829 г. В течение всей операции, как пишет Клоке, «больная спокойно беседовала с хирургом и не проявляла ни малейших признаков болевой чувствительности». С тех пор в мире произведено несколько тысяч операций под гипнозом, в том числе и операции на сердце (цит. по Chertok, 1982).

Широкое применение гипносуггестивная терапия нашла при лечении обширных ожогов. С одной стороны, внушенная анестезия позволяет уменьшить страдания

обожженных и дает возможность обрабатывать раны при смене повязок, с другой — под гипнозом можно внушить улучшение аппетита, снять депрессию, что очень важно для выздоровления ожеговых больных (Chertok, 1972).

Противопоказанием для гипносуггестии являются психозы, прежде всего шизофрении с бредом отношения или физического воздействия, с синдромом психического автоматизма (синдром Кандинского — Клерамбо). Противопоказано лечение гипнозом лиц с выраженной дебильностью, а также больных, у которых гипнотизация провоцирует эпилептиформные припадки. К числу противопоказаний следует отнести болезненные состояния, сопровождающиеся выраженной интоксикацией, лихорадкой, нарушением сознания (сопор, кома).

Не следует применять гипносуггестию у больных с острым инфарктом миокарда и острым нарушением мозгового кровообращения. У этой категории больных при неосторожном применении гипноза могут появиться нежелательные вегетативно-сосудистые реакции, связанные с волнением перед сеансом.

Не рекомендуется использовать внушение в гипнозе как обезболивающее средство в случаях, когда боль является сигналом нераспознанного болезненного состояния (флегманозный аппендицит, внематочная беременность и т. д.).

Лечение гипнозом противопоказано истерическим личностям с гипноманическими установками. Среди них часто встречаются больные с осложнениями типа истерического гипноида или психопатические личности с сексуальными девиациями и перверсиями.

Психотерапевту (особенно мужчине) следует избегать повторных сеансов гипноза с теми женщинами, у которых возникает чрезмерное чувство привязанности к лечащему врачу (положительный трансверс). Это особенно касается больных с повышенной эротичностью и склонностью к истерическим конверсиям. Применение гипноза в этих случаях представляет опасность не столько для больного, сколько для врача, так как он может стать жертвой ложных обвинений. Известна история Брейера, который был вынужден прервать лечение гипнозом Анны О. из-за ревности своей супруги. У Анны О. была мнимая бере-

менность, и воображаемые роды произошли в тот день, когда Брейер объявил ей об окончании лечения. В своей автобиографии Фрейд описал случай, когда одна пациентка после сеанса бросилась ему на шею, и он был вынужден отказаться от лечения ее гипнозом.

Во избежание подобных случаев сеансы гипноза нужно проводить в лечебных учреждениях и в присутствии третьего лица.

Эффективность гипносуггестивной психотерапии

На эффективность гипносуггестивной терапии кроме профессиональных знаний врача, несомненно, оказывают влияние его личные качества. Речь идет, конечно, не о «магическом» влиянии, которое существует только в воображении пациента. Главное — это вера самого врача в возможности гипносуггестивной терапии, его надежда и уверенность в излечении пациента. Мы считаем, что психотерапевт, практикующий гипносуггестию, не должен до конца развеивать представления пациента о «магическом» воздействии гипноза, так как они являются необходимой предпосылкой успешного лечения.

Гипнотизер всегда должен казаться спокойным, уверенным в себе, не должен смущаться, а тем более отчаиваться в случае неожиданных отклонений в ходе лечения, не впадать в уныние при неудачах. Ему нужны определенные волевые качества, хладнокровие и выдержка. Эти качества необходимо постоянно развивать и тренировать.

Имеют значение пол, возраст, манера общения, внешний вид, тембр голоса, репутация врача в коллективе и вне его. Каждый психотерапевт имеет свой диапазон лечебных возможностей, зависящий в первую очередь от его личностно-типологических особенностей.

Хороший психотерапевт должен быть неплохим актером. Особое внимание следует обратить на постановку голоса, грамотность и образность речи. В процессе лечебного внушения большое значение наряду со смыслом внушаемых слов имеют голосовая характеристика их произнесения, интонация, громкость, выразительность речи. Чрезмерная монотонность, так же как и экспрес-

сивная декламация, снижают внимание больного к содержательной стороне внушения.

А. С. Макаренко (1950) писал, что он сделался настоящим мастером только тогда, когда научился говорить «иди сюда» с 15—20 оттенками, когда усвоил 20 нюансов постановки лица, фигуры, голоса.

Недопустимо поверхностное, шаблонное отношение к психотерапевтическим сеансам. Если врач чувствует себя утомленным или больным, лучше в этот день заменить сеанс гипнотерапии другим видом лечения. Иногда врачи отменяют сеансы гипносуггестии только потому, что больной не поддается лечению. Многолетний опыт убеждает нас в том. что таких больных нет, а психотерапия со всем разнообразием ее методов воздействует на каждого больного. Следует только правильно выбрать метод, учесть показания и противопоказания и не спешить с отрицательным выводом о результате лечения.

Эффективность гипносуггестивной терапии во многом зависит от умения врача погрузить больного в гипноз, от техники гипнотизации. Во время сеанса пациенту нужно рекомендовать меньше сосредоточиваться на отдельных словах гипнотизера или на отдельных ощущениях, ориентировать его на пассивную подчиняемость, переход в дремотное состояние.

Представляют интерес экспериментальные работы Эриксона (Erikson, 1939), который показал, что при гипнотизации важен не столько монотонный раздражитель, сколько представление о нем. Если пациент лишь вообразит, что смотрит на блестящий шарик, то он впадает в гипнотический транс значительно быстрее и сам транс бывает более глубоким, чем при гипнотизировании с обычной фиксацией взора. Это относится и к другим часто применяемым при гипнотизации монотонным раздражителям. Как утверждает Эриксон, большей гипнотизирующей силой обладает не звук метронома, а воображение об этом звуке. Ритм воображаемого метронома пациент может изменить сам и «приспособить» его к своему состоянию, что облегчает погружение в транс.

Не утратило своей актуальности и критическое отношение Эриксона к «молниеносному» погружению в гип-

ноз, к экспресс-методам гипносуггестивной терапии. «Это ложное представление, — писал он, — в действительности не опровергнуто, поскольку и в наше время в литературе можно найти утверждения, что 2—5 минут достаточно для того,

чтобы вызвать у человека глубокие нейро- и психофизические гипнотические изменения. В то же время эти же авторы, прописывая какое-нибудь сильное лекарство, безусловно, станут долго ждать его действия».
Эриксон ставит эффективность лечебного воздействия внушения в гипнозе в прямую зависимость от фактора времени. «Очень часто, — с сарказмом подмечает он, — от гипнотика ждут, чтобы он за несколько секунд перестроился психологически и физиологически и сумел выполнить те сложные задачи, с которыми он обычно в нормальном состоянии справиться не может».
Можно быстро вызвать временные изменения, но это не означает, что можно быстро излечить больного или изменить его поведение. Нельзя путать такие понятия, как индуцирование транса и оперирование трансом. Больного можно очень быстро погрузить в гипноз, но, чтобы излечить его, нередко требуются не часы, а годы. Можно провести аналогию: как бы ни была важна при хирургической операции регуляция глубины наркоза, сама операция и ее результат зависят от нее только частично.
В процессе гипнотизирования и суггестии очень важна обратная связь врача и пациента. Как уже упоминалось, нужно убедить пациента, начинающего лечение, что гипноз ничем ему не угрожает. Даже опытному психотерапевту полезно прислушиваться к мнению пациента о технике гипнотизирования и проведения внушения в гипнозе. У одной нашей пациентки мы длительное время не могли вызвать глубокий гипноз. Однажды она робко попросила, не может ли она, хотя ничего не понимает в лечении гипнозом, сделать несколько замечаний врачу. После того, как ей разрешили, она сказала: «Вы произносите свои внушения слишком быстро. Было бы лучше, если бы вы произносили их медленно и повторяли. Время от времени, пожалуйста, делайте паузы и дайте мне передохнуть. И еще... Не подчеркивайте так резко слово «спать». Техника лечения была изменена, и больная на следующем же сеансе погрузилась в глубокий транс.

Часто возникает вопрос: «Возможно ли в гипнозе внушить преступное или аморальное действие?» Большинство авторов отвечают на этот вопрос отрицательно.
М. С. Лебединский (1971) считает, что человека, свободного от антисоциальных тенденций, человека с прочными этическими установками нельзя побудить посредством внушения в гипнозе совершить преступление или аморальный поступок. В то же время человека с антисоциальными установками можно как в гипнозе, так и под влиянием внушения в бодрствующем состоянии побудить к совершению преступления.
Бернгейм также полагал, что действия в гипнотическом сне и при постгипнотическом внушении зависят не столько от гипнотизера, сколько от самого субъекта.
А. М. Свядощ (1982) утверждает, что даже в состоянии сомнамбулизма обычно не удается внушить то, что глубоко противоречит этическим и моральным устоям личности гипнотизируемого.
Тем не менее применение гипноза у нас в стране регламентировано определенными юридическими нормативами. Во-первых, запрещено использовать гипноз с эстрады, в зрелищных целях. Согласно Инструкции Нар-комздрава и Наркомюста от 1926 г., гипнотизацией и гипнотерапией могут заниматься только врачи. Сеансы гипноза разрешается проводить только в условиях лечебного учреждения, причем желательно присутствие третьего лица. Данные о проведенном сеансе должны заноситься в специальную документацию (история болезни, медицинский журнал).
Эти положения нашли отражение в «Медицинском письме по применению гипноза в лечебных целях» от 1957 г., которое утверждено Минздравом СССР в качестве инструктивного документа врачам всех лечебных учреждений страны. В письме не содержится требования о присутствии на сеансах гипноза третьего лица. В остальном же Инструкция Наркомздрава и Наркомюста от 1926 г. сохраняет юридическую силу.
Предметом широкого обсуждения в последние годы стали вопросы, связанные с возможностью использования в гипносуггестивной терапии средств связи и массовой

информации. Вопрос этот не новый. Уже давно было установлено, что гипнотизация может быть осуществлена по телефону, радио, телевидению, посредством кино и магнитофонных записей.
Наибольшее распространение получило проведение сеансов гипносуггестии с помощью магнитофонной записи. Принципиальных возражений эта методика не вызывает, как не вызывает сомнения и тот факт, что «механический гипнотизер» не может заменить живое общение с психотерапевтом (Рожнов, 1986 и др.). Первые два-три сеанса обязательно должны быть проведены врачом, голос которого записывается на магнитную ленту. И только после этого, убедившись в хорошем качестве воспроизводства записи, можно перейти к лечению посредством магнитофона.
Средства массовой информации (кино, телевидение) значительно усиливают внушение, в том числе внушение в гипнозе. Поэтому применение телегипносуггестии с лечебной целью возможно только после очень тщательного диагностического отбора больных, еще более строгого, чем при обычной гипносуггестии, с учетом показаний и противопоказаний к этому методу лечения, при наличии «обратной связи» с пациентами и при обязательном изучении отдаленных результатов проводимого лечения.

НАРКОПСИХОТЕРАПИЯ

Общие положения -

Наркопсихотерапия отличается от других методов тем, что она проводится с применением небольших доз наркотических средств, чаще всего барбитуратов.

Некоторые авторы (Свядощ, 1982; Карвасарский, 1985) склонны рассматривать наркопсихотерапию как метод «внушения в состоянии наркотического сна».
Свойство человека в определенных стадиях наркоза растормаживаться, утрачивать самоконтроль, говорить, не таясь, о самом сокровенном было использовано Шильдером (1922), а затем и другими психотерапевтами психоаналитического толка как дополнительное средство, облегчающее и ускоряющее психоаналитическое лечение.

В 1936 г. Horsley впервые ввел понятие и термин *наркоанализ,* расценивая сам метод как модификацию аналитической психотерапии. Он считал, что наркоанализ отличается от классического психоанализа рядом преимуществ, главным из которых является сокращение времени лечения.

Наиболее широкого распространения применение наркопсихотерапии достигло в годы Второй мировой войны. По свидетельству ряда авторов (Lambert, 1944;
Stratton et al., Teirich, 1949 и др.), наркоанализ с успехом применялся среди американских и английских солдат для купирования истерических расстройств, реакций страха и тревоги. Особенно часто благодаря легкости контакта и расторможенности эмоций практиковался наркокатарсис. Одновременно солдатам внушалось, что они ничего не будут бояться, станут стойкими и смелыми. В дальнейшем наркоанализ, наркосинтез, «амиталовые интервью», введение «сыворотки истины» как методы экспресс-психоанализа стали практиковаться во многих странах Запада (Fervers, 1951; Scharling, 1952 и др.).
Длительное время предметом дискуссии был вопрос о возможности применения наркоанализа в криминалистической практике. В 1949 г. во Франции метод «амиталового интервью» в следственной практике и при проведении судебно-психиатрической экспертизы был запрещен. Большинство авторов (Rurnke, 1952; Stockert, 1951 и др.) считают, что следственный материал, полученный под влиянием наркотиков, использовать в следственной и экспертной практике нельзя. Во-первых, он часто бывает ложным; во-вторых, добивается вопреки воле подэкспертного; в-третьих, как справедливо подчеркивают Schonke и Janota (1955), нельзя адекватно оценивать материал, полученный в состоянии «искусственно вызванного помрачения сознания» (цит. по М. Э. Телешовской, 1969).
Метод наркопсихотерапии довольно широко использовался, правда с несколько иных теоретических позиций, отечественными психиатрами (во время Второй мировой войны при лечении «функционально-нервных нарушений, связанных с коммоционно-контузионными поражениями, а также психогенных нарушений» (цит. по Вель-

вовскому и соавт., 1984)). Методика лечения состояла в том, что больному медленно вводили в вену 30%-ный раствор алкоголя и на фоне возникающей эйфории проводили суггестивные внушения.

В дальнейшем этот метод лечения в нашей стране был детально разработан М. Э. Телешевской (1969, 1985).

Техника лечения

Больному предварительно разъясняют характер проводимого лечения. При этом очень важно выработать положительное отношение к методу лечения и внушить больному надежду на его успех. В этом отношении хорошее действие оказывает общение с больными, уже излеченными этим методом, а также некоторая экспозиция (2—3 дня) от момента назначения до первого сеанса.

Сеансы проводятся не реже двух раз в неделю, от 3 до 15 на курс лечения. Больной укладывается в горизонтальное положение, и ему внутривенно очень медленно (1 мл в минуту), обязательно в присутствии врача, вводится 2—4 мл 5%-ного раствора гексенала или любое вещество аналогичного действия (пентонал, эвипан, гексебарбитон, тиопентал натрия, амитал натрия и др.). Значительно реже доза может достигать 5—6 мл.

Во время введения препарата с больным поддерживается активная беседа. Иногда для контроля глубины сна больному предлагают считать до определенной цифры и обратно. При ошибках в последовательности счета, при появлении дизартрии введение препарата приостанавливается или прекращается. Важно уловить ту стадию наркоза, в которой проведение лечебного внушения наиболее эффективно. Чаще всего используется стадия эмоциональных сдвигов с некоторыми компонентами оглушенности.

Выделяют несколько стадий **барбитурового наркоза** (Телешевская, 1985).

I. Стадия общей активности и инициативы. Характеризуется тем, что у больных уже после введения небольших доз гексенала (0,2—0,4 мл) сводятся до минимума активные движения, замедляется и становится дизартричной речь. У некоторых больных появляются голо-

вокружение, сухость во рту и характерный запах гнилых яблок изо рта.

II. Стадия эмоциональных сдвигов. Проявляется эйфорией, речедвигательной расторможенностью, облегчением и ускорением ассоциативных процессов. Пациенты доверительно говорят о своих сокровенных переживаниях, чаще всего преувеличивая свои физические и умственные возможности. Нередко при оживлении психотравмирующей ситуации эйфория внезапно сменяется дисфорией, чувством тоски, тревоги, и тогда больные с плачем говорят о нанесенных им обидах, о своей «несчастной жизни» (наркокатарсис). Продолжительность стадии от 10 минут до часа.

III. Стадия измененного сознания. Чаще всего возникают оглушенность различной степени выраженности, психомоторная заторможенность. Взгляд пациента затуманивается, речь замедляется, усиливается дизартрия, движения становятся вялыми, плохо координированными. Длится эта стадия от нескольких минут до часа и переходит в сон.
IV. Стадия поверхностного сна, который быстро переходит в наркоз. Искусство наркотизатора в данном случае заключается в умении «вычленить» и пролонгировать II—III стадии наркоза.
Действия психотерапевта должны быть продуманными и четкими, лечебное внушение — кратким и ясным, так как контакт с пациентом при этом методе лечения относительно непродолжителен.

М. Э. Телешевская, более четверти века посвятившая изучению наркопсихотерапии, следующим образом описывает методику ее применения при истерическом неврозе: «С началом введения дробных доз гексенала психотерапевт ясно, уверенным голосом, размеренно и предельно четко, с легким императивным оттенком разъясняет больному, что вскоре он почувствует легкое головокружение и постепенно нарастающее ощущение расслабления, легкости. Затем тем же тоном врач добавляет, что сейчас больной без особых затруднений сумеет выполнить любую инструкцию — петь, говорить, совершать движения, читать, не испытывая при этом прежних затруднений. По мере выявления стадии эмоциональных сдвигов (эйфории) с компонентами легкой оглушенности и до момента

91

выхода в состояние ясного сознания больному предлагается осуществлять необходимые тренировочные упражнения. При этом он твердо убеждается в устранении основного симптома, декомпенсировавшего его, ему внушается уверенность в значительном улучшении и в дальнейшем выздоровлении. При наличии блефароспазма истерического генеза предлагается открывать и закрывать глаза перед зеркалом под контролем зрения и внушается возможность этого. При афонии, мутизме, заикании больному предлагается на фоне явлений легкой оглушенности громко произносить слова, читать знакомые стихи, петь песни. В случае амавроза внушается восстановление зрения: больной вначале называет окружающие предметы и вещи, которые подносятся к его глазам, затем ему предлагают громко читать текст из книги или газеты. Психогенные рвоты устраняются путем внушения в состоянии оглушения, подкрепляемого приемом пищи» (Телешевская, 1969).

И. 3. Вельвовский и соавт. (1984), говоря о наркопсихотерапии, подчеркивают, что врач при этом методе лечения должен проводить суггестивные воздействия не только в чисто императивном, авторитарном тоне, но и мотивированно, логически обоснованно.

У нас в стране чаще всего применяются следующие **методические приемы наркопсихотерапии.**

1. Использование кратковременного действия неполного гексеналового наркоза. Препарат вводят внутривенно в течение 3—4 минут до достижения II—III стадий наркоза. Лечебное воздействие оказывается посредством внушения или различного рода тренировок.

2. Использование пролонгированного действия гексеналового наркоза. Игла остается в вене 10—15 минут, а препарат вводится очень медленно и прерывисто (0,1—0,2 мл 5%-ного раствора гексенала в минуту). Таким образом удается растянуть и задержать нужную стадию наркоза на более продолжительный отрезок времени.

3. Наркогипноз. Внутривенно вводят небольшую дозу гексенала или амитала натрия (1—2 мл 5%-ного раствора), а затем пациента погружают в состояние гипноза. Применяется у лиц малогипнабельных и скептиче-

92

ски настроенных в отношении эффективности проводимого лечения.

4. Гипнонаркоз. Внутривенное введение гексенала осуществляется на фоне вызванного у пациента гипнотического состояния. При этом больному внушают, что ему вводится небольшая доза лекарственного вещества, влияние которого благотворно скажется на состоянии его здоровья. Показан при навязчивых состояниях и ипохондрических расстройствах.

5.Прием многократных внутривенных введений барбитуратов. Проводится в форме курса лечения (от 12 до 20 внутривенных инъекций через день 3—4 мл 5%-ного раствора гексенала). Лечебный эффект оказывают эйфоризирующее действие наркотика и последующий сон. Словесное внушение не проводится. Дает положительный эффект при затянувшихся депрессиях и ипохондрических состояниях.

6. Комбинированная наркопсихотерапия. Включает в себе несколько методических приемов, которые применяются одновременно или выборочно в зависимости от протекания лечебного процесса.

7. Групповая наркопсихотерапия (Телешевская, 1985). Группа формируется из 5—12 человек. Подбор осуществляется по следующим основным принципам:
характер заболевания, пониженные внушаемость и гипнабельность, малая эффективность ранее применявшихся методов лечения, целесообразность быстрого лечебного воздействия.

После изучения каждого больного врач излагает сущность метода лечения всей группе. Каждый больной коротко рассказывает о своем заболевании и связанных с ним переживаниях. Происходит обмен мнениями.

Сеансы групповой наркопсихотерапии проводятся 2— 3 раза в неделю, продолжительность их от 1 до 2 часов. Курс лечения 10—15 сеансов. Каждому больному вводится внутривенно 1—2 мл 10%-ного раствора гексенала или амитала натрия. После этого проводится словесное внушение (непосредственно врачом или посредством магнитофонной записи).

М. С. Лебединский с соавт. (1976) предложили при наркопсихотерапии вместо барбитуратов использовать газовую смесь из кислорода и закиси азота (в соотношении

93

4:1). Длительность вдыхания смеси 10—15 минут, курс лечения 4—10 сеансов.

В некоторых странах Запада психотерапия проводится в сочетании с психотомиметиками, психодислептиками: LSD-5, псилоцибином, мескалином и др. (психоделическая, или психомиметическая, терапия). В нашей стране этот метод не применяется.

Наркопсихотерапия применяется чаще всего при пограничных нервно-психических расстройствах с истерической. фобической, ипохондрической и депрессивной симптоматикой.

В. Д. Карвасарский (1985), Kratochvil (1976) считают, что наркопсихотерапия может выступать в качестве одного из вариантов так называемой *абреактивной психотерапии,* представляющей собой попытку нейтрализовать патогенное влияние прошлого травматического опыта за счет воспроизведения его в искусственно сформированных терапевтических условиях.

Основными противопоказаниями к применению наркопсихотерапии являются заболевания печени и почек с нарушением их функций, склонность к наркоманиям.

94

САМОВНУШЕНИЕ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Самовнушение, так же как и внушение, — категория психологическая. Сюда в определенном смысле можно отнести и такие понятия, как самовоспитание, саморегуляция, самовоздействие и т. п.

Существует много определений самовнушения. Так, А. М. Свядощ (1982) под самовнушением понимает «усиление влияния представлений на вегетативные или психические процессы, вызванные психической активностью лица, проводящего самовнушение». М. Е. Бурно (1975) считает, что самовнушение — это методика внушения каких-то мыслей, желаний, образов, ощущений, состояний самому себе. А. С. Ромен (1986) под самовнушением понимает «сложный волевой процесс, обеспечивающий целевое формирование готовности организма к определенному действию и при необходимости — к его реализации».

Механизмы внушения и самовнушения изучены еще недостаточно. Предполагается, что в основе как внушения, так и самовнушения лежат ослабленные действия сознательного контроля, осуществляемого в отношении воспринимаемой информации. Если при внушении очаг концентрированного возбуждения в коре головного мозга возникает в результате действия внешних раздражителей, то при самовнушении он может образовываться вследствие оживления и тренировки внутренних ассоциативных связей.

Самовнушение может быть *непроизвольным* и *произвольным.* Непроизвольное самовнушение обычно опосредовано дополнительными, усиливающими аутосуггестию факторами и несет в себе мощный эмоциональный заряд.

Произвольное самовнушение возможно, если сосредоточить мысли и внимание на каком-либо одном представлении.

Путем самовнушения можно влиять не только на психические процессы, но и на некоторые висцеральные функции организма.

95

Самовнушение, так же как и внушение, возможно в бодрствующем состоянии (метод Куэ) или в состоянии аутогипнотического транса (метод Шульца).

Следует отметить, что сам Шульц (Schultz, 1932, 1960) рассматривал разработанный им метод аутогенной тренировки как самовнушение, проводимое в состоянии саморасслабления, как «концентрированное саморасслабление».

В настоящее время разработано большое, количество психотерапевтических методов, основанных на самовнушении. В лечебной практике чаще других применяются методы Куэ, Джекобсона, Шульца.

ПРОИЗВОЛЬНОЕ САМОВНУШЕНИЕ (МЕТОД КУЭ)

Эмиль Куэ родился в городе Турайте (Франция) в 1857 г. и до 1910 г. работал аптекарем. Будучи наблю-дательным человеком и постоянно общаясь с пациентами, Куэ обратил внимание на то, что лечебный эффект лекарства зависит не только от его фармакологических свойств, но в еще большей степени от того, верит ли больной в целебную силу этого лекарства или нет. Одно дело, когда человек принимает лекарство с уверенностью в выздоровлении («завтра мне станет лучше»), и совсем другое, когда он не верит в пилюли («все равно мне ничего не поможет»). Оказывается, делает вывод Куэ, сила воображения влияет на эффективность лечения.

Основываясь на своих практических наблюдениях, Куэ создал систему психотерапевтической помощи, которую назвал «школой самообладания путем сознательного самовнушения». В 1910 г. Куэ переезжает в Нанси и открывает там клинику психотерапии, которой руководит до самой смерти (1926).

Следует отметить, что «Система Куэ» в 20-х годах получила довольно широкое распространение. Известный французский психотерапевт Cottraux (1978) называет Куэ одним из предшественников создания поведенческой психотерапии, отмечая, что он был «первым, кто предложил методы контроля мысли и подчеркивал роль позитивной мысли в изменении поведения».

96

С современных позиций некоторые теоретические рассуждения Куэ кажутся упрощенными и даже примитивными. Тем не менее созданный им метод «произвольного самовнушения» применяется в практике психотерапии и по сегодняшний день.

Куэ считал, что главной причиной заболевания является болезненное воображение, в котором проявляется бессознательное *Ид.* Куэ сравнивал силу воображения с горным потоком, который в своей стихийной безудержности сносит все на своем пути, но который можно «приручить», и тогда он сможет вырабатывать положительную энергию. Куэ утверждал, что все люди находятся во власти силы своего собственного воображения и что больной человек, «вооружившись правильным представлением, может снова достичь своего душевного равновесия».

Сознательное самовнушение по Куэ — это лечебный метод, позволяющий подавить болезненные, вредные по своим последствиям представления и заменить их полезными и благотворными. Куэ сравнивал болезненные представления с застрявшими в предсознательной части *Эго* штифтами, которые можно постепенно выбить и заменить другими.
Кто не желает преуспеть именно в тех областях деятельности, в которых он отстает и перед которыми испытывает страх? Как известно, Демосфен страдал дефектом речи (голос его был тихим, а речь шепелявой), но он очень хотел стать оратором. Этот человек был настолько полон веры в себя, что путем упорных тренировок (он учился говорить с камнями во рту) стал, по свидетельству современников, непревзойденным оратором.
Пример Демосфена, по мнению Куэ, наглядно иллюстрирует одно из важных его теоретических положений:
«успех приносит не столько сила воли, сколько сила собственного воображения».
Действительно, сознательные волевые усилия при коррекции речи не помогают, а только мешают. То же происходит и при некоторых других заболеваниях. Совет врача больному, страдающему навязчивыми состояния-ми, или фобиями, «взять себя в руки» чаще всего приносит только ухудшение.

97

Согласно Куэ, лечебные представления, которые он назвал «формулой самовнушения», являются по своей сути констатацией факта. Формула самовнушения должна быть простой и не носить насильственного характера. Например: «С каждым днем во всех отношениях мне становится все лучше и лучше».
При этом неважно, считает Куэ, соответствует ли формула самовнушения действительности или нет, так как она адресуется подсознательному Я, которое отличается легковерием. Подсознательное *Я* принимает эту формулу за истину, как приказ, который необходимо выполнить. Чем проще будет формула, тем лучше лечебный эффект. «Формулы должны быть «детскими», — говорит Куэ. — Они предназначаются не для нашего сознательного, критически настроенного Я, а исключительно как представление, как детские формулы».
Куэ неоднократно подчеркивал, что произвольное самовнушение должно осуществляться без каких-либо волевых усилий. «Если вы сознательно внушаете себе что-либо, — писал он, — делайте это совсем естественно, совсем просто, с убеждением и особенно без всякого усилия. Если бессознательное самовнушение, часто дурного характера, бывает столь успешным, то это от того, что оно осуществляется без усилий».
Техника лечения. Лечение начинается с предварительной беседы, во время которой разъясняется влияние самовнушения на организм, приводятся примеры целебного воздействия внушения и самовнушения при различных заболеваниях. Чтобы убедить больного в том, что его собственные мысли, представления могут влиять на непроизвольные функции организма, мы нередко используем пробу с маятником Шевроле. Грузик, подвешенный на нитке, раскачивается в «неподвижной» руке пациента только при одном представлении о его движении. Это усиливает внушаемость больного и убеждает его в действенности избранного метода лечения.
Далее врач совместно с вольным составляет формулу самовнушения, которая может меняться в процессе лечения. Формула должна быть простой, состоять из **нескольких** слов, максимум из 3—4 фраз и всегда носить позитивное содержание. Например, «Я здоров» вместо «Я не болен». Иногда формула представляет своеобразный «код»,
98

понятный только больному. Так, для усиления веры в свои силы может быть использована формула: «Я могу, я могу, я могу». В других условиях формула может быть более расширенной. Например, в условиях групповой зависимости от алкоголя или наркотиков пациент внушает себе: «Мое решение победить тягу к спиртному (наркотикам) окончательное. Какой бы предлог ни выставляли друзья и как бы меня ни уговаривали, в любом случае не поддамся уговорам, не изменю своему решению».

Во время сеанса больной занимает удобную позу сидя или лежа, закрывает глаза, расслабляется и шепотом, без всякого напряжения 20 раз произносит одну и ту же формулу самовнушения. Произносить формулу нужно монотонно, не фиксируя внимания на ее содержании, не громко, но так, чтобы сам больной обязательно слышал то, что говорит.

Сеанс самовнушения продолжается 3—4 минуты, повторяется 2—3 раза в день в течение 6—8 недель.

Куэ рекомендовал использовать для проведения сеансов просоночные состояния утром при пробуждении и вечером при засыпании.

Чтобы не отвлекать своего внимания на счет при двадцатикратном повторении формулы, Куэ рекомендовал использовать шнур с двадцатью узелками, которые перебираются, как четки.

Лечение проводится обычно амбулаторно, но под наблюдением врача.

Метод Куэ может использоваться самостоятельно, но чаще применяется в комплексе с другими методами суггестивной психотерапии.

Несомненным преимуществом метода самовнушения по сравнению с внушением и гипносуггестией является то, что пациент сам активно участвует в процессе лечения, а сеансы самовнушения можно проводить в любой обстановке и в любое время.

ПРОГРЕССИВНАЯ МЫШЕЧНАЯ РЕЛАКСАЦИЯ (МЕТОД ДЖЕКОБСОНА)

Метод предложен чикагским врачом **Джекобсоиом** в 1922 г., то есть за 10 лет до того, как **Шульц** представил на суд медицинской общественности свой

99

метод, изложенный им в монографии «Аутогенная тренировка — сосредоточенное саморасслабление» (Schultz, 1932). Следует отметить, что в 20—30-х годах эти методы не разделялись и рассматривались как варианты «лечения посредством деконтрактации».

Джекобсон исходил из общеизвестного факта, что эмоциональное напряжение сопровождается напряжением поперечно-полосатых мышц, а успокоение — их релаксацией. Естественно было предположить, что расслабление мускулатуры должно сопровождаться снижением нервно-мышечного напряжения.
Занимаясь регистрацией объективных признаков эмоций, Джекобсон подметил, что различному типу эмоционального реагирования соответствует напряжение соответствующей группы мышц. Так, например, депрессивное состояние сопровождается напряжением дыхательной мускулатуры; страх — спазмом мышц артикуляции и фонации.
По мнению Джекобсона, снимая посредством произвольного самовнушения напряженность определенной группы мышц («дифференцированная релаксация»), можно избирательно влиять на отрицательные эмоции.
Джекобсон полагал, что каждая область мозга функционирует в связи с периферическим нейромускулярным аппаратом, образуя церебронейромускулярный круг. Произвольная релаксация позволяет влиять не только на периферическую, но и на центральную часть этого круга.
Под релаксацией Джекобсон понимал не только релаксацию мышц, но и состояние, противоположное психической активности.
Техника лечения. Лечение начинается с беседы с больными, в процессе которой психотерапевт объясняет механизмы лечебного воздействия мышечной релаксации, подчеркивает, что основной целью метода является достижение произвольного расслабления поперечно-полосатых мышц в покое.
Условно выделяют три этапа освоения техники прогрессивной мышечной релаксации.
Первый этап. Больной ложится на спину, сгибает руки в локтевых суставах и резко напрягает мышцы рук,

вызывая тем самым ясное ощущение мышечного напряжения. Затем руки расслабляются и свободно падают. Так повторяется несколько раз. При этом нужно зафиксировать внимание на ощущении мышечного напряжения и расслабления.
Второе упражнение — сокращение и расслабление бицепсов. Сокращение и напряжение мышц должно быть сначала максимально сильным, а затем все более и более слабым (и наоборот). При этом упражнении необходимо зафиксировать внимание на ощущении самого слабого напряжения мышц и полного их расслабления.
После этого больной упражняется в умении напрягать и расслаблять мышцы сгибателей и разгибателей туловища, шеи, плечевого пояса, наконец мышц лица, глаз, языка, гортани, участвующих в мимике и акте речи.
Второй этап (дифференцированная релаксация). Больной в положении сидя учится напрягать и расслаблять мускулатуру, не участвующую в поддержании тела в вертикальном положении; далее — расслаблять при письме, чтении, речи мышцы, не участвующие в этих актах.
Третий этап. Больному предлагается путем самонаблюдения установить, какие группы мышц у него более всего напрягаются при различных отрицательных эмоциях (страх, тревога, волнение, смущение) или болезненных состояниях (боли в области сердца, повышение артериального давления и т. п.). Затем посредством релаксации локальных мышечных напряжений можно научиться предупреждать или купировать отрицательные эмоции или болезненные проявления.
Упражнения прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону осваиваются больными обычно в группе из 8—12 человек под руководством врача или опытного инструктора. Групповые занятия проводятся 2—3 раза в неделю. Кроме того, сеансы самообучения больные проводят самостоятельно 1—2 раза в день. Каждый сеанс продолжается от 30 минут (индивидуальный) до 60 минут (групповой). Весь курс обучения занимает от 3 до 6 месяцев.

САМОВНУШЕНИЕ, ЙОГА И ТЕХНИКА МЕДИТАЦИИ

Современные методы лечебного самовнушения при всем их многообразии имеют древние и в большинстве своем общие истоки. К таким истокам прежде всего относится **древнеиндийская система йоги** с ее эмпирическими находками.
Примерно во второй половине II тысячелетия до н. э. в Северную Индию вторглись племена, которые называли себя арийцами (благородными). Полагают, что именно арийцы создали самую древнюю индийскую литературу — «Веды». Основные литературные, этнические и религиозные концепции «Вед» сконцентрированы в «Упанишадах» — тайных знаниях, которые передавались от учителя к ученику. Известно более 120 «Упанишад», последние из которых были созданы в XV—XVI вв. н. э.
В IV—II вв. до н. э. был создан древнеиндийский эпос «Махабхарата», заложивший основу философии йоги.
Большая заслуга в систематизации йоги принадлежит древнеиндийскому философу и врачу Патанджали. В своей книге «Йога-Сутра» (II в. до н. э.) он излагает основные философско-этические принципы йоги, а также практические приемы медитации. Именно его считают основоположником йоги.
Значение слова «йога» соответствует его санскритскому корню «Йюдж», что означает «запрягать в упряжку, надевать сбрую, дисциплинировать», а в более широком смысле — «заставить себя сосредоточиться, мобилизоваться».
Йога — широкое понятие, которое включает в себя и цель, и средства ее достижения. Прежде всего йога — древнеиндийская философская система. Главное в ней — учение о самосознании. Путем самосознания, согласно йоге, человек может достичь «освобождения», то есть способен освободить свое индивидуальное сознание (душу) от влияния условий материальной жизни и слить его с абсолютным знанием (богом). Самосознание достигается путем сосредоточения, при котором «созерцающее сознание теряется в созерцаемом объекте и перестает сознавать себя».

Методика достижения «освобождения» через йогу, по Патанджали, содержит 8 основных ступеней, которые расположены в строго определенном порядке и дополняют друг друга. Это *йама* (воздержание), *нияма* (культура питания, труда и отдыха), *асана* (поза), *пранаяма* (контроль над дыханием), *пратьяхара* (удаление чувств), *дхарана* (концентрация внимания), *дхъяна* (созерцание), *самадхи* (сосредоточение).
Йама включает в себя 5 «внешних» заповедей: не убивай, не лги, не смущайся, блюди целомудрие, не жалей богатства. Заповедь «не убивай» толкуется широко и включает в себя требование не есть мясо, рыбу, яйца и т. д., не курить, не пить спиртное. Указанные моральные ограничения играют роль своего рода «социальной защиты», способствуют эмоциональной уравновешенности йога.
Нияма содержит 5 «внутренних» заповедей: очищение, скромность, умеренность, декламацию очищающих изречений (молитвы), смирение.
А саны — специфические позы. Существует около 500 асан: для медитации и релаксации, для укрепления тела, для очищения пищеварительной системы и т. д.
Пранаяма — упражнения по йоговскому дыханию. Выделяют 4 фазы дыхания: вдох (пурака), задержка (кумбхака), выдох (речана), пауза после выдоха. Большое значение придается задержке дыхания, во время которой, по мнению йогов, в организм поступает жизненная энергия — прана. Прана поступает не только через воздух, но и через пищу, поэтому йоги прожевывают пищу очень медленно.
Пратьяхара — «негативная» концентрация, посредством которой достигается физическое и психическое расслабление. При глубоком расслаблении (релаксации) достигается выключение работы органов чувств.
Дхарана — активная концентрация внимания на объекте (внешнем или внутреннем). Упражнение считается освоенным, если внимание на предмете удерживается не менее 12 секунд.
Д х ь я н а — процесс проникновения в сущность объекта сосредоточения. Если концентрация внимания на

103

объекте удерживается в течение 144 секунд, что равно 12 дхаранам, считается, что дхьяна достигнута.
С а м а д х и достигается, если концентрация внимания на объекте удерживается 1728 секунд (12 дхьян, или 144 дхараны). Йоги считают, что в состоянии самадхи происходит полное проникновение в объект концентрации. В этот момент йог не в состоянии разграничивать свою личность и объект.
Первые 4 ступени ориентированы главным образом на психологическую и физическую подготовку; последние 4 — на тренировку психических процессов.
Последние 3 ступени (дхарана, дхьяна и самадхи) являются этапами медитации. Переход от одного этапа к последующему не нуждается в применении специальной техники. Он связан только с увеличением глубины концентрации на объекте.
В зависимости от использования специфических техник существуют различные виды системы йоги: мантра-йога, хатха-йога, лайя-йога, раджа-йога.
В м а н т р а - й о г е концентрация осуществляется на определенных словах и выражениях (мантрах), которые при непрерывном повторении (джапа) оказывают определенное воздействие на состояние центральной и вегетативной нервной системы.
Основу х а т х а-й о г и («силовая йога», «йога против воли») составляют асаны и пранаяма.
Йоги считают, что существует связь эмоционального состояния человека с позой и тонусом мускулатуры. Используя мышечную систему как наиболее поддающуюся волевому контролю, путем многолетней тренировки нервно-мышечных процессов йоги приобретают навыки самовоздействия на эмоционально-волевую сферу. При этом одни асаны действуют на организм подобно релаксантам, транквилизаторам, другие — подобно стимуляторам.
Определенные асаны приводят к расслаблению мышц грудной клетки, что снижает усилия при дыхании. Поэтому асаны предшествуют пранаяме. Йоги считают, что существует прямая связь между дыханием и психическим состоянием, и придают этой связи большое значение. Считается, что нормализация ритма дыхания приводит к психической релаксации. И на-

104

оборот, психическая релаксация приводит к урегулированию ритма дыхания. Оптимальным соотношением циклов вдоха, задержки и выдоха йоги считают соотношение 1: 4: 2.

Л а й я - й о г а — система саморегуляции, цель которой — пробуждение «латентной» энергии вегетативной нервной системы. Основной техникой системы является медитация. Объектами концентрации могут быть специфические слова *(мантры),* геометрические фигуры *(янтры),* картины *(даяты),*

По мнению йогов, в основании позвоночника находится жизненно важный центр — *муладхара,* в котором хранится нервная энергия *(кундалини),* регулирующая висцеральные функции организма. Символом кундалини является змея, свившаяся в спираль. Пробуждение и освобождение кундалини достигается путем психической концентрации на центре муладхара.

Р а д ж а - й о г а является системой этико-философских принципов и религиозных норм, а также правил медитирования. В раджа-йоге используются процедуры и техники, аналогичные лайя-йоге, но объекты концентрации связаны с высшими проявлениями сознательной деятельности человека. Считают, что с помощью раджа-йоги создается мост между сознательными и бессознательными психическими процессами.

Йоги уверены, что, прежде чем практиковать раджа-йогу, необходимо обязательно освоить практику хатха-йоги и лайя-йоги.

С помощью медитации йоги способны изолировать себя от внешнего мира. С углублением медитации йог теряет чувство реальности и не может отличить свой внутренний мир от внешнего.

Согласно раджа-йоге, внешний мир является только грубой формой мира внутреннего. Йог ничего не получает от общества и ничего ему не дает. Он достигает состояния абсолютной изоляции *(кайвалья),* которая является целью его социального существования.

Центральным методом самовнушения в восточных учениях является **медитация.**

Слово *медитация* происходит от греческого *медомой* («о чем-либо размышлять»). Ему соответствует сан-

скритский термин дхьяна («размышление», «углубление»).

С позиции древнеиндийской психологии бодрствующее сознание человека имеет три возможных состояния:

1) неспособность сосредоточиться на одной мысли (состояние, противоположное медитации);

2) навязчивая мысль, мотив, образ (непроизвольная медитация);

3) способность произвольно сосредоточиться на чем угодно и не думать о том, что мешает в данный момент (медитация).

Иначе говоря, медитация — это всякое сосредоточение мысли, всякая концентрация внимания на чем бы то ни было.

Патанджали учил: «Дхарана есть удержание мысли на каком-нибудь определенном предмете. Непрерывное течение познавания этого предмета есть дхиана... Когда оно, отвергая образы, отражает только их смысл, — это самад-хи» (цит. по С. Вивекананда, 1906).

Человек может размышлять над какой-то житейской или научной проблемой, может быть охвачен какой-то идеей, но это не есть медитация. Под медитацией обычно подразумевают искусственно созданную ситуацию, в которой человек специально занят самосовершенствованием своих мыслительных процессов или каких-то психических особенностей, размышляя (медитируя) над им же созданными искусственными обстоятельствами .

Можно провести аналогию со спортом и обычным физическим трудом. Специальные физические упражнения могут более эффективно развивать физическую силу и мышцы, чем повседневный физический труд.

Точно так же специальная практика медитации может усиливать наши психические возможности более значительно, чем повседневное функционирование психики. Если при медитации внимание концентрируется на физиологических процессах тела, то это может привести к их изменению, как при аутогенной тренировке.

В процессе медитации у йога возникает иллюзия, что он сливается со всем мирозданием, достигает высоких

ступеней интуитивного прозрения, с помощью которого он осознает скрытую суть вещей.

С современных позиций медитация является одной из форм ауто гипнотизации, а состояние измененного сознания, достигнутое в результате медитации, представляет собой гипнотический транс.

Техника медитации йогов связана с такими понятиями, как янтры и мантры.

Я н т р ы. Уже первобытный человек пытался материлизовать свои представления о мире в виде наскальных рисунков. В последующем, созерцая их, он вызывал у себя адекватные эмоциональные переживания. Сначала это были изображения реальных образов (людей, зверей, деревьев), а потом — их символов. В этом отношении верха совершенства достигла египетская символика.

Известно, что изображения разнообразной формы и цвета оказывают различное влияние на психическое состояние человека. Так, зигзагообразная линия с острыми углами создает впечатление резкого изменения, накопления и разряда энергии, вызывает у человека чувство напряженности, тревоги. Наоборот, S-образная кривая называется линией грации и формирует чувство гармонии, успокоения. Закругленные линии можно назвать легкими, ломаные — твердыми. Фигуры с радиально расходящимися прямыми создают иллюзию излучения, квадрат связывают с представлением завершенности, круг — с космической бесконечностью и абсолютной гармонией.

Ряд геометрических фигур на рис. 1 подобран по принципу возрастания иллюзии излучения. Эти фигуры считаются священными почти во всех религиях и являются основными элементами в изображении так называемых чакр в системе лайя-йоги.

Разное психическое воздействие оказывают фигуры

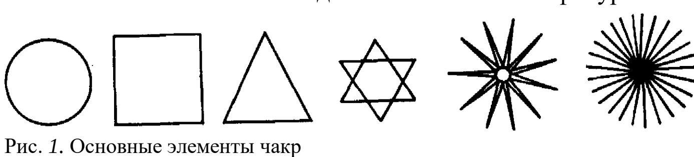
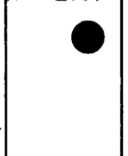


Рис. *1.* Основные элементы чакр

симметричные и несимметричные, уравновешенные и неуравновешенные.

На рис. 2 изображены два диска, один из которых уравновешен относительно центра-квадрата, а другой — нет. Концентрация внимания на фигуре со сбалансированным центром (уравновешенная фигура) вызывает



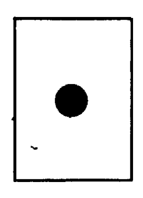


Рис. 2. Сбалансированная и несбалансированная фигуры

у человека чувство успокоения, а концентрация на несбалансированной фигуре — чувство дискомфорта, напряжения.
Определенное влияние на психическое состояние оказывают и различные цвета. Например, красный цвет возбуждает, а фиолетовый успокаивает. В. Х. Кандинский отмечал, что желтый цвет концентрирует внимание, а синий и красный рассеивают. Он же утверждал, что оранжевый цвет порождает прилив энергии, амбицию и стремление к триумфу. Художники знают, что ярко-красный, ярко-желтый и оранжевый — «теплые» цвета, а светло-синий, салатовый и голубой — «холодные». Взаимодействия цветов еще более усиливают влияние на эмоции. Так, например, золотисто-желтый цвет и цвет морской волны взаимно усиливают эмоциональную уравновешенность, а сочетание золотисто-желтого и огненно-красного цветов действует противоположно.
Эффект воздействия формы и цвета на психическое состояние человека лежит в основе практики лайя-йоги. Медитация здесь проводится посредством концентрации внимания на реальных или воображаемых графических изображениях — янтрах (рис. 3).
В качестве объектов концентрации при медитации также часто используются чакры (рис. 4).

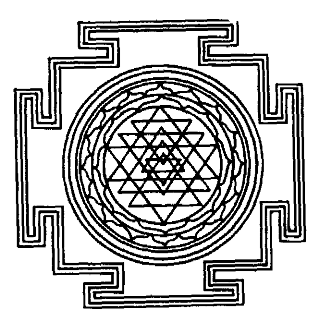


Рис. 3. Шри-янтра

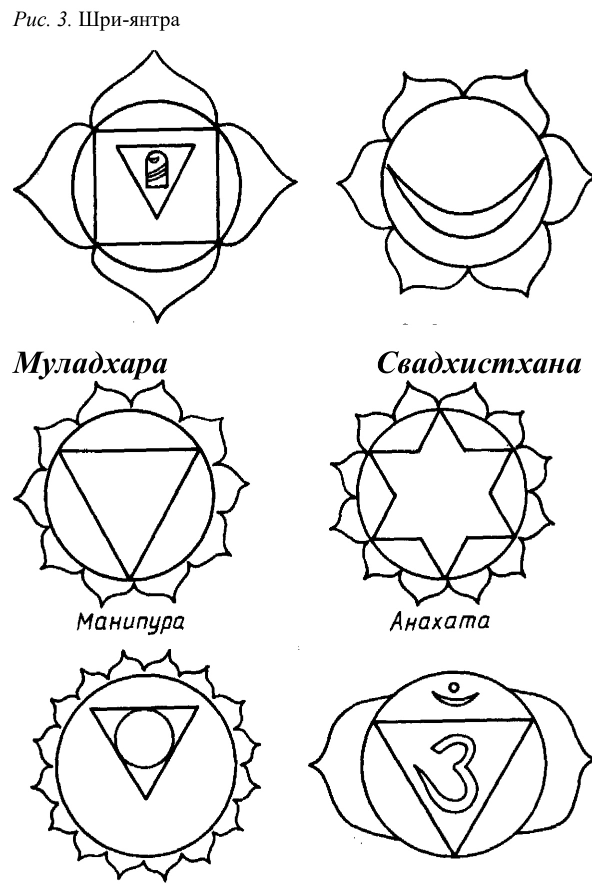


Рис. 4. Чакры

М а н т р ы. Влияние звуков и речи на психическое состояние человека бесспорно. Основное назначение речи состоит в передаче информации. Однако эмоциональное и суггестивное воздействие человеческой речи определяется не только содержанием информации, но и зависит от выразительности, громкости, музыкальности произнесенных слов.
Зависимость силы воздействия человеческой речи от ее структуры — увлекательная и еще мало разработанная область знаний.
Слова, смысл которых конкретен *(блеск, сеет, ночь, тепло, сладко* и т. д.), обладают большей суггестивной силой, чем слова с абстрактным смыслом *(следовательно, в результате, потому что* и т. п.). Чем выше степень абстракции при описании образа, тем меньше его суггестивное воздействие. Если мы хотим сформировать образ какого-то человека, то нужно говорить не о человечестве вообще, а о конкретных качествах конкретного человека.
Суггестивное воздействие речи повышают такие ее качества, как мягкость и сила голоса, паузы, использование эффекта неожиданности.
На эмоциональное состояние человека оказывает влияние не только смысл и интонация речи, но и определенное звукосочетание слов. Такие слова, как *монотонный, флаг, дрожжи, Владивосток,* звучат мягко, а слова *роса, роза, пробуждаю, трава, рассвет* звучат твердо, стимулируют к действию. Приказы обычно состоят из твердых слов.
Интересно, что звук «р» присутствует в слове «красный» почти во всех европейских языках.
Все звуки речи делятся на гласные и согласные. Согласные делятся на твердые и мягкие. Гласные получаются при озвученном выдохе и характеризуются высотой основного тона и сопровождающих его обертонов. Последние принято называть *формантными тонами.* Самый высокий формантный тон у звука «и», самый низкий — у звука «у».
При воздействии словом важно не только его смысловое содержание, но и звуковая структура. Так, например, присутствие в слове звука «и» создает впечатление чего-то маленького, узкого, незначительного. Это легко подтвердить экспериментом. Предложите испытуемому назвать воображаемыми словами («ла», «лау», «ли») три одинаковые по форме, но различные по величине фигуры.

Обычно для самой маленькой фигуры выбирается название «ли», а для самой большой — «лау». Звук «и» создает ощущение напряженности, холодности, звук «о» — расслабленности, мягкости, теплоты.
Наличие звуков «а», «е», «и» создает ощущение чего-то белого, светлого, желтого, красного, яркого; звуки «ы», «о», «у» ассоциируются с мрачным, темным. Доминирование звуковой символики над содержанием понятия хорошо демонстрируется в детском творчестве (считалки, скороговорки). Эти звуковые ряды более устойчивы, чем смысловые.
Разрыв содержательных связей в структуре мышления происходит в просоночном состоянии, а также во время медитации. Первоначально в сознании всплывают не связанные друг с другом эпизоды. Внутри каждого эпизода существует логическая связь. При более глубокой медитации появляются отдельные, не связанные друг с другом фразы, а потом происходит их распад. При глубокой степени медитации происходит распад слов, причем в сознании остаются лишь краткие, ритмизированные звукосочетания. Вероятно, поэтому некоторые авторы (В. А. Налимов, 1989) называют людей, практикующих медитацию, «психонавтами».
Речь освобождается от понятийного содержания при выраженных аффектах (крик, рев). Наоборот, в восклицаниях (ах! ох! их!) содержится сильный эмоциональный компонент. Восклицания как бы символизируют сами эмоции. Они не несут никакой понятийной нагрузки, кроме представления об определенном эмоциональном состоянии.
У каждого человека с определенным восклицанием обычно связаны определенные эмоции. Если вы произнесете такое восклицание несколько раз подряд, то можете вызвать соответствующее эмоциональное состояние. Интересно, что аналогичные воздействия наблюдаются и при произнесении любого слова. В этом специфическом воздействии звукосочетаний на психику человека и заложена тайна воздействия мантр.
Сознательное воздействие на человека с помощью слов или словосочетаний практиковалось еще в глубокой древности. Многократное повторение определенных, чаще всего бессмысленных, слов широко распространено в

практике народной медицины, культовых обрядов, присуще стрессовым ситуациям. В таком воздействии бессмысленного ряда слов на психику человека нет ничего абсурдного, так как в этом случае воздействует не смысловая нагрузка, не информация, а звукосочетание.
Мантры можно придумывать самому. Предположим, вы на берегу моря, под вашими ногами теплый желтый песок, ласково греет утреннее солнце, вы чувствуете себя спокойным, уверенным в своих силах. Расслабьте тело, сконцентрируйте внимание на своих ощущениях и придумайте словосочетание, соответствующее в данный момент вашему душевному состоянию. Это ваша мантра. Концентрируясь на ней в процессе медитаций и повторяя ее многократно, вы можете вызвать у себя то душевное состояние, которое испытали и прочувствовали на берегу моря.
Подобным образом вы можете создать мантры, соответствующие различным эмоциональным состояниям.
Техника медитации. Упражняясь в медитации, следует соблюдать следующие правила.

1. Помещение для медитации должно быть тихим, теплым и уютным. В последующем медитировать можно в любой обстановке.
2. Медитация должна выполняться натощак или через 1—2 часа после еды, лучше утром (до завтрака) и вечером (перед ужином).
3. Не следует проводить тренировок, если вы чувствуете себя нездоровым или эмоционально перевозбуждены.
4. Во время медитации не сопротивляйтесь мыслям, спонтанно возникающим в сознании; пусть они исчезнут сами.
5. Не превращайте медитацию в «идею фикс».
6. Медитацией следует заниматься 40—45 минут 3—4 раза в неделю.

Поза. Для тех, кто занимается хатха-йогой, рекомендуется использовать позу «лотос» или «полулотос». Остальные могут медитировать в положении сидя на стуле с удобной спинкой, позволяющей выпрямить позвоночник, или лежа на спине. Расслабьте руки, лицо, ноги, все тело. Подождите 2—3 минуты до полного расслабления. Закройте глаза.

Концентрация на собственном т еле. Займите медитативную позу. Сконцентрируйте внимание на своем теле: «Я лежу спокойно... мое тело расслаблено... мои руки и ноги расслаблены... я чувствую пальцы ног... они расслаблены полностью... чувствую свои голени... мои голени расслаблены полностью... чувствую свои бедра... мои бедра расслаблены... все мое тело расслаблено... моя грудная клетка расслаблена... мое тело расслаблено... чувствую свой живот... он расслаблен... чувствую свою шею... она расслаблена... чувствую свое лицо... каждая мышца лица расслаблена... я все больше и больше расслабляюсь...»

Произнесение фраз происходит медленно, с одновременной активной концентрацией на частях тела. Со временем, в ходе тренировок, глубина мышечного расслабления увеличивается.

На определенном этапе медитирующий как бы превращается в постороннего наблюдателя собственной мыслительной деятельности. В сознании появляются самые различные реальные или фантастические картины. Необходимо отстраниться от эмоциональных - переживаний этих картин и следить за ними как бы со стороны, наподобие зрителя, смотрящего фильм.

При углублении медитации картины начинают все быстрее сменять друг друга. Происходит распад мыслительного процесса. При настойчивой тренировке можно добиться глубокого транса.

Концентрация на позе. Все внимание направьте на правую руку. Сконцентрируйтесь на ощущениях, которые испытываете в руке. Переместите руку и снова сконцентрируйтесь на изменившихся ощущениях. Теперь концентрируйте внимание на позе тела. Ощутите его пространственную конфигурацию. Представьте, что вы совершаете различные действия — плаваете, ныряете, танцуете, берете финиши, выполняете гимнастические упражнения, наносите удары, защищаетесь. Эта медитативная техника являлась основой подготовки в древних восточных боевых искусствах и используется сейчас в дзюдо, каратэ, конфу, айкидо и др.

Концентрация на дыхании. Примите медитативную позу. Расслабьте тело. Сконцентрируйтесь на дыхании. Не меняйте естественного ритма дыхания, а

только следите за ним. Дыхание можно мысленно сопровождать фразами: «Я чувствую свой вдох... чувствую свой выдох...» и т. д. Простота упражнения только кажущаяся. При тренировках вы столкнетесь с ограничением возможностей удерживать свое внимание на дыхании.

Возникают периоды рассеянности со сменой картин и мыслей. В процессе регулярных тренировок периоды рассеянности сокращаются, а периоды концентрации становятся все более продолжительными и устойчивыми. Медитирующий начинает ощущать внутреннюю стабильность и гармонию своих эмоциональных реакций. Это упражнение является основной техникой в практике дзен. Сконцентрировав свое внимание на дыхании, можно повторять примерно следующие медитативные фразы:

Я вдыхаю...
Я выдыхаю...
Грудная клетка расслаблена... (один дыхательный цикл)
Я вдыхаю...
Я выдыхаю...
Мое тело расслаблено... (один дыхательный цикл)
Я вдыхаю...
Я выдыхаю...
Я чувствую покой и расслабление... (один дыхательный цикл)
Я вдыхаю...
Я выдыхаю...
Приятное ощущение... (вдох)
Приятное ощущение... (выдох)
Приятно дышать... (вдох)
Приятно дышать... (выдох)
Я чувствую тепло... (вдох)
Я чувствую тепло... (выдох)
Все расслаблено... (вдох)
Все расслаблено... (выдох)
Спокойствие и тишина... (вдох)
Спокойствие и тишина... (выдох)

Упражнение представляет собой модификацию буддийской медитативной техники.

Медитация на мантрах. Принимается определенная поза, в которой можно находиться длительное

время, не испытывая физических неудобств. Тело полностью расслабляется. Медитирующий успокаивается и ритмизирует дыхание» концентрирует взгляд на определенной точке или закрывает глаза. В этом состоянии полного расслабления начинается непрерывное мысленное повторение мантры (процесс джапа).

Непрерывная концентрация на мантре является исключительно трудным процессом. Через некоторое время после начала медитации внимание непроизвольно рассеивается» место мантры занимают посторонние мысли или картины.

Потом концентрация снова фокусируется на мантре и процесс джапа продолжается. Для мантра-медитации целесообразно использовать звукосочетания, не имеющие понятийного смысла» но спсобные создавать определенный психический фон. В древней практике лаяЙ-йоги используются звуки санскритского языка» смягченного группами звуков «нг», «анг», «инг», например:

1) анг, банг, ванг, данг, джанг, дзанг, танг, занг, канг, ланг, манг, нанг;

2) енг, бенг, венг, генг, дженг, дзенг, тенг, зенг, кенг, ленг, менг, ненг, пенг, ренг, сенг, тенг, фенг, хенг, ценг, чевт, шенг;

3) инг, бинг, винг, гинг, динг, джинг, дзинг, тинг, зинг, кинг, линг, минг, нинг, тинг, ринг, синг, тинг, финг, хинг, цинг.

Каждую мантру нужно тренировать отдельно в течение продолжительного времени. Достаточно выбрать 2—3 мантры, создающие у медитирующего соответствующее психологическое состояние. Мантра способствует заполнению сознания нейтральным содержанием, освобождающим его от следов предшествующей психической деятельности, и вхождению в транс.

Медитация на янтрах. Примите мидитативную позу, расслабьтесь. Мысленно представьте круг. треугольник, прямоугольник, звезду и другие простые геометрические фигуры, сноп лучей. Попытайтесь зафиксировать те специфические эмоциональные состояния, которые они у вас вызывают. В дальнейшем по мере тренировки попытайтесь зафиксировать внимание только на одной из фигур.

115

Медитация на чакрах. Техника представляет собой эффективное средство воздействия на вегетативную нервную систему (лайя-йога).

В своей книге «Лайя-йога» Госвами описывает технику, предназначенную для стимулирования вегетативной нервной системы. Она состоит из следующих этапов.

1. Концентрация на чакре *муладхара.* Нужно сконцентрировать воображение на спирали кудалини (символ потенциальной нервной энергии), которая излучает красный цвет.

2. Концентрация на чакре совершается одновременно с мысленным произнесением мантры «ханг». Воображение фокусируется на *спирали кундалини,* которая начинает постепенно нагреваться и излучать тепло. Одновременно она медленно раскручивается и поднимается вверх по позвоночнику. Последовательно она проходит через все чакры и достигает теменной области — чакры *сахасрара.*

3. Воображение направляется на сегмент спирали, находящейся между чакрами *муладхара и анахапга.* Медитирующий представляет, что эта часть спирали излучает огненно-красный свет.

4. Далее воображение концентрируется на сегменте спирали между чакрами *аджна* и *вишудха;* спираль излучает бело-красный свет.

5. Наконец, воображение концентрируется на окончании спирали в чакре *сахасрара.* Спираль раскалена добела, здесь сосредоточена огромная энергия, которую медитирующий может контролировать.

Давно существуют попытки найти связь между чакрами и центрами вегетативной нервной системы. Однако все они пока безуспешны. Следует согласиться с мнением болгарского исследователя Н. Петрова (1986), который считает, что различные интерпретации кундалини, допускающие существование нематериальных проводников биоэнергии, а также чакр как центров, контролирующих биоэнергию, представляют собой смесь наивности и метафизики.

Медитация на мантрах и янтрах в качестве средств самовнушения издавна используется в восточных религиях. Однако нельзя считать религиозные культуры первоисточником медитативных техник. По всей вероятности, способность человека к медитации возникла в глубокой

116

древности. Не случайно еще у первобытного человека появилась потребность в ритмах и танцах, примитивных песнях, предметах культа. Посредством концентрации внимания на этих ритмах и предметах культа первобытный человек формировал у себя психический настрой, возбуждая себя или успокаивая.

Мантры лежат в основе песенного творчества многих народов, помогают преодолевать тяжелый физический труд. Вполне естественным считается вхождение в транс во время танцев, в основе которых лежит ритм, или в процессе строевой подготовки солдат. Короткие команды, хождение строевым шагом, бесчисленные повороты налево, направо, кругом, беспрекословное выполнение, казалось бы, нелепых приказов... Потом приказ: «В атаку! > Люди поднимаются и идут на смерть. Все это — звенья одной цепи.

АУТОГЕННАЯ ТРЕНИРОВКА (МЕТОД ШУЛЬЦА)

Аутогенная тренировка — это самовнушение в состоянии релаксации (низшая ступень) или гипнотического транса (высшая ступень).

Создателем метода аутогенной тренировки по праву считают **Иоганса Генриха Шульца,** ему же принадлежит и термин «аутогенная тренировка». Временем создания метода считают 1932 г., однако корни его рождения уходят в далекое прошлое (см. предыдущий раздел).

После учебы в Познани, Геттенгене и Бреслау Шульц некоторое время занимался исследовательской и преподавательской работой в институте психологии им. Пауля Эрлиха во Франкфурте, где (будучи по профессии дерма-

тологом) он читал лекции по психотерапии. Через некоторое время Шульц получил диплом невропатолога и занял место главного врача санатория «Белый олень» под Дрезденом. В 1924 г. он переехал в Берлин, где были написаны основные его труды (более 400), в том числе монография «Аутогенная тренировка — сосредоточенное саморасслабление» (1932), формально давшая начало методу аутогенной тренировки.

Шульцу еще при жизни посчастливилось быть свидетелем «победного шествия» аутогенной тренировки. В 1961 г. был создан Интернациональный координацион-

ный комитет для клинического применения и обучения аутогенной терапии (USAT), куда вошел и представитель СССР. Особо широкое распространение аутогенная тренировка получила в Германии, США, Канаде.

Ученый успел даже написать предисловие к 13-му изданию своей книги, вышедшему в 1970 г. В нем Шульц с тревогой писал: «Широкое распространение метода привело к тому, что, к сожалению, к нему «примазались» и шарлатаны: один священник обещает детям легкие пути к самообладанию, различные «институты психологии» рассылают проспекты, отмечая мимоходом, что их руководители имеют ученые степени и звания, и тому подобное. Даже коллеги издают без конца «Сборники упражнений» для самостоятельных занятий без врачебного контроля». Между тем почти за 40 лет до этого в предисловии к первому изданию своей известной книги Шульц писал: «Настоятельно предупреждаем читателей, не имеющих отношения к медицине, о недопустимости использования нашего метода самостоятельно или с посторонней помощью без врачебного контроля; так как по своей внутренней сути аутогенная тренировка направлена на перестройку сознания человека, ее необходимо осуществлять под медицинским наблюдением».

Умер Шульц 27 сентября 1970 г. в возрасте 86 лет.

В СССР аутогенная тренировка систематически стала изучаться примерно с середины 50-х годов (А. М. Свядощ, М. С. Лебединский, Г. С. Белов, А. С. Ромен и др.). Этому методу посвящены монографии А. С. Ромена (1970), А. Г. Панова, Г. С. Беляева, В. С. Лобзина, И. А. Копыловой (1980), В. С. Лобзина и М. М. Решетникова (1986) и др.

Аутогенная тренировка, предложенная Шульцем как самостоятельный метод, по своему характеру является методом синтетическим (Лобзин, Решетников, 1986). В его основе лежат находки древнеиндийской системы йогов, опыт исследования ощущений людей, погружаемых в гипноз, практика использования самовнушения нансийской школой психотерапевтов (Куэ, Бодуэн), психофизиологические исследования нервно-мышечного компонента эмоций и опыт применения мышечной релаксации (Джекобсон), а также рациональная психотерапия (Дюбуа).

Основной заслугой Шульца является прежде всего то, что он освободил учение йоги от распространенной интерпретации или от налета мистицизма.

Предложенная Шульцем методика аутогенной тренировки в отличие от ее многочисленных модификаций называется *классической* и делится на 2 ступени: 1-я, или начальная (АТ-1), и 2-я, или высшая (АТ-2).

Техника АТ-1. Перед началом тренировки с пациентами проводится беседа, в которой в доступной форме объясняются физиологические основы метода, механизмы воздействия на организм тех или иных упражнений. Сам Шульц, например, считал, что при значительном расслаблении поперечно-полосатой мускулатуры возникает особое состояние сознания, позволяющее путем самовнушения воздействовать на различные, в том числе непроизвольные функции организма. Умело проведенная беседа, сопровождаемая демонстрацией эффективности отдельных упражнений, а также пациентов, добившихся путем тренировки позитивных результатов, способствуют успеху дальнейшего лечения. В беседе подчеркивается, что мысленное повторение формул самовнушения должно проводиться спокойно, без излишней концентрации внимания и эмоционального напряжения. Полезно с самого начала ознакомить больного с планом тренировок.

Сеансы самовнушения проводятся 3—4 раза в день. Первые 3 месяца длительность каждого сеанса не превышает 1—3 минуты, затем время их несколько увеличивается (АТ-2), но не превышает 30 минут. На всем протяжении лечения тренировки должны проводиться под наблюдением врача. С этой целью не менее 1 раза в неделю проводятся сеансы групповой тренировки. На первом этапе лечения необходимо овладеть 6 упражнениями. На тренировку каждого требуется примерно 10—15 дней. После этого наступает 2-й этап лечения (АТ-2), который длится на менее 6 месяцев. Полный курс аутогенной тренировки рассчитан на 9—12 месяцев.

Сеансы проводятся лежа или сидя, в позе «кучера» (голова склоняется вперед, кисти и предплечья — на коленях, ноги удобно расставлены).

Упражнение 1: вызывание ощущения тяжести. Мысленно повторяют: «Я совершенно спокоен» (1 раз);
«моя правая (левая) рука тяжелая» (6 раз); «я спокоен»

(1 раз). После 4—6 дней упражнений ощущение тяжести в руке становится отчетливым. Далее таким же образом чувство тяжести вызывается в обеих руках... в обеих ногах... во всем теле. Каждое упражнение должно начинаться и заканчиваться формулой: «Я спокоен».

Упражнение 2: вызывание ощущения тепла. Мысленно повторяют: «Я спокоен» (1 раз); «тело тяжелое» (1 раз); «моя правая (левая) рука теплая» (6 раз). В последующем внушение тепла распространяется на вторую руку, ноги, все тело. Переходят к формуле: «Обе руки теплые... обе ноги теплые... все тело теплое».

В дальнейшем 1-е и 2-е упражнения объединяются одной формулой: «Руки и ноги тяжелые и теплые». Упражнение считается освоенным, если ощущение тяжести и тепла в теле вызывается легко и отчетливо.

Упражнение 3: регуляция ритма сердечной деятельности. Упражнение начинается с формулы: «Я спокоен». Затем последовательно вызывается ощущение тяжести и тепла в теле. Пациент кладет свою правую руку на область сердца и

мысленно произносит 5—6 раз: «Мое сердце бьется спокойно, мощно и ритмично». Предварительно пациенту рекомендуется научиться мысленно считать сердцебиение. Упражнение считается освоенным, если удается влиять на силу и ритм сердечной деятельности.

Упражнение 4: регуляция дыхания. Используется примерно следующая формула самовнушения: «Я спокоен... мои руки тяжелые и теплые... мое сердце бьется сильно, спокойно и ритмично... Я дышу спокойно, глубоко и равномерно». Последняя фраза повторяется 5—6 раз. В последующем формула сокращается: «Я дышу спокойно».

Упражнение 5: влияние на органы брюшной полости. Больному предварительно разъясняется локализация и роль солнечного сплетения в нормализации функции внутренних органов. Вызываются последовательно такие же ощущения, как при упражнениях 1—4, а затем мысленно 5—6 раз повторяют формулу: «Солнечное сплетение теплое... оно излучает тепло».

Упражнение 6: вызывание ощущения прохлады в области лба. Вначале вызываются ощущения, описан-

ные в упражнениях 1—5. Затем 5—6 раз пациент мысленно повторяет: «Мой лоб прохладен».
По мере освоения упражнений формулы самовнушения могут сокращаться: «Спокоен... Тяжесть... Тепло... Сердце и дыхание спокойны... Солнечное сплетение теплое... Лоб прохладный».

После выполнения упражнения пациентам рекомендуется спокойно отдыхать в течение 1—2 минут, а затем вывести себя из состояния аутогенного погружения. Для этого дают себе мысленную команду:
"Согнуть руки (2—3 резких сгибательных движения в локтевых суставах), глубоко вдохнуть, на вдохе открыть глаза".
Приведенные 6 упражнений низшей ступени являются подготовительными и позволяют в основном воздействовать на вегетативную нервную систему и вегетовисцеральные функции организма.
Техника АТ-2. К высшей ступени аутогенной тренировки Шульц относил упражнения, цель которых заключается в тренировке процессов воображения (со способностью к визуализации представлений) и нейтрализации аффективных переживаний.
В основе упражнений высшей ступени аутогенной тренировки лежит медитация.
Упражнение 1: медитация на цвете. После исполнения 6 упражнений низшей ступени пациент, не меняя позы, мысленно концентрирует свое сознание на образах характерного цвета: заснеженные горные вершины... зеленый луг... синий цветок. Во время упражнений пациент должен стремиться удерживать в сознании представление о цвете, а не о конкретных формах предметов.
Упражнение повторяется до тех пор, пока пациент не научится визуализировать цветные образы.
Упражнение 2: медитация на образе определенного цвета. Цель упражнения заключается в целенаправленном вызывании определенных цветовых представлений. Одновременно тренируются ассоциации цвет — ощущения. Например, фиолетовый — чувство покоя, черный — печаль, тревога и т. д.
Упражнение 3: медитация на образе. Цель упражнения — научиться произвольно визуализировать конкретный предмет или образ. Это может быть цветок, ваза,

человек. Критерием успешности тренировки является целенаправленная визуализация самого себя.
Упражнение 4: медитация на абстрактной идее. Сущность упражнения заключается в вызывании образных эквивалентов таких абстрактных понятий, как свобода, надежда, радость, любовь и т. п. Образные эквиваленты подобных абстрактных понятий у всех людей сугубо индивидуальны. У одних свобода ассоциируется с парящей в небе птицей, у вторых — с морем, у третьих — с бескрайней степью.
Упражнение 5: медитация на эмоциональном состоянии. В процессе упражнений осуществляется переход к проекции визуализированных образов на себя, на собственные переживания. Шульц в качестве примера предлагал медитацию ощущения при виде гор. Фокус воображения должен быть направлен не на конкретный объект или пейзаж (море, горы), а на ощущения, которые возникают при их созерцании.
Упражнение 6: медитация на человеке. Сначала воображение концентрируется на незнакомом, а потом — на знакомом человеке. Основная задача упражнения состоит в том, чтобы научиться «освобождаться» от субъективных установок и эмоциональных переживаний по отношению к знакомым образам, сделать эти образы « нейтральными ».

Упражнение 7: «ответ бессознательного». Овладев способностью к визуализации образов, пациент сам себе задает вопросы, а ответы на них получает в виде спонтанно возникающих образов, которые потом интерпретируются. Наиболее часто задаются такие вопросы:
«Что я хочу от жизни?», «Какие ошибки я допускаю в жизни?», «В чем мои главные проблемы?», «Как я должен себя вести в конкретной ситуации?».
Лутэ, соавтор Шульца по 6-томному руководству «Аутогенная терапия» (1969), предлагает после аутогенной медитации (высшая ступень аутогенной тренировки по Шульцу) дополнительные упражнения по аутогенной модификации и аутогенной нейтрализации.
Упражнения по аутогенной модификации включают в себя специальные упражнения для внутренних органов (аналогичные упражнения по методу Клейнзорге — Клюмбиеса) и формулы-намерения. Паци-

ент не просто задает себе вопрос, как в 7-м упражнении АТ-2, а медитирует какую-либо формулу-намерение. Например: «Я не принимаю ни одной капли алкоголя, ни в какое время, ни при каких обстоятельствах» в ситуации приглашения выпить или: «Я просыпаюсь, когда мой мочевой пузырь даст знать о себе» при энурезе и т. п.

Упражнения по аутогенной нейтрализации включают в себя аутогенное отреагирование и аутогенную вербализацию.
При аутогенном отреагировании (по Лутэ) больной, например, неврозом, задает себе вопрос: «В чем причина моего заболевания?». Ответ он получает в визуализированых образах, которые потом интерпретируются. Обычно наблюдается «послойное» вскрытие психотравмирующих причин: вначале вскрываются «поверхностные», а в конце — «глубокие» элементы причины заболевания.
Вскрытие и отреагирование психотравмы ведет к ее нейтрализации и выздоровлению. Иногда процесс «воспроизведения» психотравмирующих причин завершается бурной аффективной реакцией *(аутокатарсис)*.
Модификацией описанной методики Лутэ является «Аутогенная терапия памяти», предложенная В. С. Лобзиным и М. М. Решетниковым (1986).
Авторы считают, что в ряде случаев болезненные переживания и невротические нарушения связаны с прошлым пациента, «актуально присутствующим в его сознании в виде мучительных воспоминаний». Сами пациенты избегают рассказывать об этих неприятных воспоминаниях. В подробных случаях психотерапевт разъясняет больному, что именно мучительные воспоминания являются причиной болезненных ощущений, которые могут пройти только после многократного образного их воспроизведения, выполненного как можно детальнее, с представлением обстановки, времени действия и ситуации. Воспоминания обязательно должны сопровождаться вербализацией, которая облегчается в состоянии аутогенного погружения. Если во время вербализации пациент начнет плакать, врач не должен прерывать его и прибегать к утешению. Отреагирование болезненных воспоминаний приводит к их нейтрализации и улучшает состояние больного.

В настоящее время появилось большое количество модификаций методики Шульца. Остановимся коротко лишь на некоторых из них.

Модификация Клейнзорге — Клюмбиеса. В 1965 г. переведена на русский язык монография X. Клейнзорге и Г. Клюмбиеса «Техника релаксации», где изложены основные положения методики «направленной тренировки органов».

Авторы рекомендуют формировать специальные лечебные группы по сходным психосоматическим **синдромам** (стенокардия, бронхиальная астма, функциональные расстройства желудочно-кишечного тракта и т. д.).

В отличие от классической методики Шульца авторы большое значение придают синдромологически ориентированным узкоспециализированным комплексам тренировки. Авторы выделяют следующие группы комплексов.

«Покой» (соответствует первому стандартному упражнению АТ-1 по Шульцу). Группа комплексов направлена на достижение «телесного покоя». Используется методика прогрессирующей релаксации по Джекобсону. Показания: эмоциональные нарушения, расстройства сна.

«Сосуды». Образные представления акцентируются на ощущение тепла. Показания: нарушения периферического кровообращения, артериальная гипертензия.

«Сердце». При выполнении упражнения целенаправленно вызываются ощущения тепла в левой руке, а затем в области сердца. Возможен следующий вариант самовнушения: «Мое сердце бьется спокойно и равномерно. Я едва чувствую свое сердце, приятное тепло струится от левой руки в левую половину груди. Сосуды левой руки расширяются. Через сердце струится тепло. Совершенно самостоятельно, совершенно спокойно работает мое сердце». Показания: стенокардия, функциональная невроген-ная аритмия.

«Легкие». Тренировка направлена прежде всего на ритмизацию дыхания. Это обеспечивается мысленным счетом временных интервалов фаз вдоха, паузы и выдоха.

Авторы рекомендуют следующую формулу самовнушения: «Я совершенно спокоен, совершенно спокоен. Легко и свободно струится воздух, прохладный и освежающий воздух. Дышится совершенно спокойно, без моего

участия, самопроизвольно. Так прекрасно струится воздух, свободно, свободно и легко. Я совершенно спокоен. Совершенно спокоен».
Показания: бронхиальная астма, хронические пневмонии, психогенные нарушения ритма дыхания.
«Живот». Произвольное самовнушение тепла в отдельных органах брюшной полости — в области желудка, печени, кишечника. Перед упражнением больному нужно подробно объяснить анатомическое расположение органов в брюшной полости.
Показания: хронические гастриты и гепатиты, спастические колиты, дискинезии желчного пузыря и т. д.
«Голова». Упражнение является модификацией 6-го стандартного упражнения по Шульцу. Формула самовнушения может быть несколько расширена: «Я совершенно спокоен.... Моя голова свободная и легкая... Лоб приятно прохладен. Я чувствую, как прохлада окутывает всю голову... Голова становится легкой... думается легко... Я могу сосредоточиться на каждой мысли...» Иногда ощущение прохлады в области лба усиливают головные боли, головокружение. В этих случаях авторы рекомендуют самовнушение тепла в области лба.
Показания: вазомоторные нарушения мозгового кровообращения, мигрень, синдром Меньера.
Психотоническая тренировка по Мировскому — Шогаму. Обычно аутогенная тренировка направлена на расслабление, успокоение и в конечном итоге на транквили-зирующий эффект.
Методика К. И. Мировского и А. Н. Шогама рассчитана на противоположный, стимулирующий эффект. Тренировка начинается непосредственно со специализированных мобилизующих (активирующих) упражнений. Релаксирующий этап тренировки резко сокращен или совсем исключен. Авторы предлагают формулы самовнушения примерно такого содержания: «Плечи и спину охватывает легкое познабливание, будто приятный освежающий душ. Все мышцы становятся упругими. Я — как стальная пружина. Все готово к борьбе!» Такой мобилизующей формуле предшествует формула покоя: «Я совершенно спокоен. Ничто и никто не отвлекает. Я совершенно спокоен».

Показания: гипостеническая форма астении, артериальная гипотензия.

Введение в методику аутогенной тренировки тонизирующих упражнений послужило основой для применения ее в спортивной практике (Н. В. Алексеев, А. Т. Филатов), на производстве (А. С. Ромен, Л. П. Гримак, X. И. Алиев, Н. А. Лайша).

Появились такие понятия, как «психомышечная тренировка», «психогенная саморегуляция» *(ПСР),* «психорегулирующая тренировка» *(ПРТ),* «психофизическая тренировка» *(ПФТ),* «эмоционально-волевая подготовка» (ЭВП), «психосоматическая гимнастика» *(ПСГ) и т. д.*

Психомышечная тренировка (ПМТ) по Алексееву (1979). В основе ПМТ лежат следующие элементы:

— умение расслабиться;

— способность максимально ярко, с предельной силой воображения, но не напрягаясь, представить содержание формул самовнушения;

— умение удерживать внимание на избранном объекте;

— умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами.

Обучение проводят в форме гетеротренинга. Чаще применяют в спортивной практике.

Вначале достигается последовательное расслабление различных групп мышц, начиная с рук. На вдохе мышцы медленно напрягаются. Затем следует задержка дыхания, во время которой мышечное напряжение удерживается. На выдохе мышцы быстро расслабляются. Это упражнение сопровождается словесной формулой: «Мои руки... (вдох)... расслабляются (выдох), мои руки... (вдох)... теплеют (выдох)».

Таким образом, уже на первом занятии объединяется тренировка в мышечной релаксации с тренировкой вызывания ощущения тепла.

После освоения упражнения для рук тренирующийся переходит к мышцам лица, шеи, ног, туловища.

Следующее упражнение заключается в тренировке общей релаксации всего тела. Формула самовнушения: «Я... (вдох)... расслабляюсь и успокаиваюсь (выдох)».

Занятия завершаются формулами: «Состояние глубокого покоя», «весь мой организм отдыхает», «я

отдохнул и успокоился», «самочувствие хорошее». Основная цель упражнения состоит в развитии способности «входить в состояние контролируемой дремоты» и одновременно «концентрировать внимание на заданном ощущении».

После освоения начальных упражнений ПМТ (первая ступень) спортсмены овладевают приемами самовнушения, направленного на преодоление чувства предстарто-вого волнения, чувства боли при травме, обучаются приемам аутоактивизации, тонизации и мобилизации в нужный момент своих психических и физических возможностей.

При подготовке к предстоящим соревнованиям используются образные представления:

— «боевой» готовности;

— идеального выполнения упражнения;

— ситуации, в которой выступление было удачным.

Сходные упражнения используются и при психогенной саморегуляции на производстве и в экстремальных условиях (А. С. Ромен, 1986; X. М. Алиев, 1990;
Н. А. Лайша, 1990 и др.).

Аутогенная тренировка и обратная биологическая связь. Сочетанное применение аутогенной тренировки и обратной биологической связи (ОБС) является одним из перспективных направлений в психотерапии, о чем свидетельствует большое число работ последних лет (Лобзин, Решетников, 1986; Surwit et al., 1982; Lacroiz, 1983 и др.). Особенно эффективно сочетание АТ с биологически обратной связью при лечении психосоматических заболеваний.

Любое эмоциональное состояние, психическое напряжение проявляется в изменениях показателей вегетовисцеральных функций организма. Волнение, страх, тревога сопровождаются ускорением пульса, повышением артериального давления, изменением температуры тела, напряжением поперечно-полосатой мускулатуры. Утомление, астения обычно сопровождаются артериальной гипоксемией; раздражительная слабость — нарушением ритма дыхания и т. п. (рис. 5, 6). Стоит у больного неврозом или психогенной депрессией затронуть в беседе так называемый «больной пункт», как тут же выявляются яркая игра вазомоторов лица,

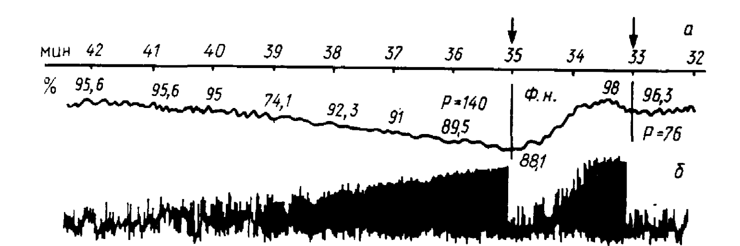


Рис. 5, Оксигемограмма *(а)* и пневмограмма *(б)* в состоянии покоя и при дозированной физической нагрузке у больного гиперстенической формой неврастении (читаются справа налево). Стрелками показаны начало и конец физической нагрузки (80 приседаний в минуту)

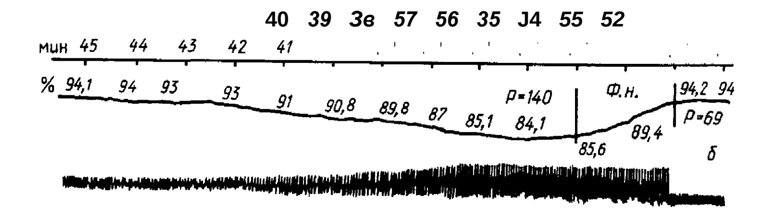


Рис. 6. Оксигемограмма *(а)* и пневмограмма *(б)* при дозированной физической нагрузке у больного гипостенической формой неврастении. Обозначения те же, что на рис. 5

Л 52 % 95

51 30 95

29 26 27 26 25 24 25 22 21 20



Рис. 7. Оксигемограмма *(а)* и пневмограмма *(б)* больного с реактивной депрессией при беседе с ним на тему о скрываемой психотравме (сопротивление). Обозначения те же, что на рис. 5

груди, гипергидроз, тахикардия (рис. 7). Факт изменения вегетовисцеральных функций организма при определенных эмоциональных состояниях известен давно. Эта зависимость висцеральных и психических функций явля-

ется предметом серьезных исследований в клинике и физиологии (кстати, именно на этой зависимости основан «детектор лжи»).

Понятие биологическая обратная связь применимо только в тех случаях, когда обеспечивается предъявление информации о состоянии физиологических функций для того же субъекта, который генерирует данную физиологическую информацию.

Другими словами, говорить об обратной биологической связи можно только изучая взаимосвязь физиологических и психических функций у одного и того же человека.

Научившись регистрировать тончайшие изменения физиологических процессов и используя обратную связь, можно в конечном итоге научиться самоуправлять непроизвольными физиологическими процессами.

На этом принципе основана методика аутогенной тренировки в сочетании с ОБС.

В. С. Лобзин и М. М. Решетников (1986) рекомендуют применять АТ в сочетании с ОБС в 4 этапа.

Первый этап. Проводится обучение базисным упражнениям АТ-1 с использованием специальной аппаратуры для получения и регистрации динамики физиологических процессов в процессе сеанса. С этой целью может быть использован оксигемограф, электромиограф, пнеймограф, аппараты для регистрации АД, ЭКГ, ЭЭГ и т. д. В практике достаточно использовать один из этих приборов. Мы в своей практике использовали полиграф, позволяющий одновременно на одной ленте регистрировать оксигемограмму, частоту и глубину дыхания, пульс и артериальное давление.

Второй этап. Под контролем информации, получаемой от приборов, осуществляется постоянный переход к замене сигналов обратной связи собственными ощущениями пациента. Например, снижение артериального давления, урежение пульса и дыхания сопровождается каким-то ощущением, сугубо индивидуальным для данного субъекта. Затем в процессе аутогенной тренировки, производя самовнушение только этого ощущения, можно добиться снижения АД, урежения пульса и дыхания. Еще более сложные соче

тания различных оттенков ощущений могут возникнуть при анализе ЭЭГ.

Третий этап. Происходит усвоение приемов саморегуляции. Применение приборов ограничивается только контрольными замерами.

Четвертый этап. Лечебные приемы саморегуляции проводятся только под контролем собственных ощущений.

Сочетанное применение ОБС и лечебных методов, базирующихся на самовнушении, несомненно, является перспективным и нуждается в дальнейшем изучении.

Часть 2

ПСИХОАНАЛИЗ
И НЕДИРЕКТИВНАЯ
ПСИХОТЕРАПИЯ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ГЛАВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ НЕДИРЕКТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ВСТУПИТЕЛЬНАЯ ЧАСТЬ

Для нашего читателя такие широко распространенные за рубежом понятия, как психоанализ, аналитическая, индивидуальная психология и психотерапия, а тем более дзен-буддизм, суфизм, долгое время были тайнами за семью печатями. На поверхность прорывалось только то, что проходило жесткую цензуру «воинствующих материалистов». При этом отметалось или грубо искажалось все, что не соответствовало взглядам К. Маркса или И. П. Павлова. Забвению подвергалось требование марксизма: «не смешивать честный серьезный поиск истины, открытые учеными проблемы и факты, разработанные им методики, с одной стороны, и то, как это преломилось в его идеях, несовместимых с нашим мировоззрением, — с
другой».

Первые переводы книг Зигмунда Фрейда, Карла Юнга, Альфреда Адлера на русский язык появились еще до революции. Они продолжали выходить и в первые годы после революции. Это были годы, когда молодая советская психология только начинала становиться н& ноги.

В философской, психологической и медицинской литературе тех лет психоанализ Фрейда и его мировоззрение оценивались достаточно высоко. Психоаналитические методики использовались в медицинской практике. Идеи психоаналитиков поддерживали известные государственные деятели и ученые: Л. Д. Троцкий, К. Радек, О. Ю. Шмидт. В России трудятся такие видные психоаналитики, как Николай Осипов, Моисей Вульф, Татьяна

Розенталь, Михаил Асатиани, Леонид Дросне, Сабина Шпильрейн. В 1923 г. в Москве возобновляет работу Психоаналитическое общество и создается Психоаналитический институт во главе с И. Д. Ермаковым (ему удалось издать «Психоаналитическую и психологическую библиотеку», которая до недавнего времени являлась основным сводом источников по психоанализу для отечественного читателя). Однако с середины 20-х годов Фрейда и его последователей прекратили издавать, в существо его теории и психотерапевтических методов перестали вникать. Так продолжалось более семидесяти лет. В печать проникали только «критические обзоры зарубежной психологии и психотерапии» (Платонов, 1957; Морозов, 1961; Басин, 1968: Лебединский, 1971;
Вольперт, 1972 и многие др.).

Все эти обзоры удивительно похожи друг на друга:
психоанализ — «лжеучение»; экзистенциализм — «философия абсурда и парадокса»; архетипы Юнга — «признак расового бессознательного», от которого один шаг до расизма; концепция Фромма — «фрейдистская теория»; индивидуальная психология Адлера — подмена классовой борьбы осознанием собственной врожденной неполноценности и искусственное, насыщенное суррогатом «чувство власти и превосходства над окружающими».

Но если несостоятельны все рассматриваемые зарубежные психологические теории, то, естественно, порочны и основанные на этих теориях психотерапевтические методы. Социометрия и психодрама Морено — «новейшая субъективистская теория, созданная для маскировки идей религии буржуазной идеологии»; логотерапия «ненаучна, интуитивна и иррациональна»; успех групповой психотерапии «объясняется прежде всего условиями жизни индивидуумов в капиталистическом обществе, в котором постоянно происходит борьба между отдельными лицами за лучшие места в жизни»; метод катарсиса порочен потому, что «в основе его лежит неправильный взгляд, будто все неврозы возникают вследствие какой-либо психической травмы (в основном сексуальной), вытесненной в бессознательную среду, а метод самовнушения Куэ — потому, что автор его исходит из совершенно ненаучных позиций и отрицает роль сознательного фактора в психотерапии» (Слободяник, 1966).

Особенно грубым нападкам все эти годы подвергался психоанализ Фрейда. Больше всего досталось его концепции «пансексуализма», которая оказалась наиболее уязвимой. Многие психиатры и психологи, воспитанные на литературе послевоенных лет, наивно полагали, что Фрейд — это и есть «пансексуализм», от которого отрекались его ближайшие ученики. И только в последние несколько лет, когда труды Фрейда вновь массовыми тиражами были переизданы на русском языке, оказалось, что Фрейд — это не только «пансексуализм», а еще и такие малоизвестные нашим читателям разделы психологии, как принцип экономики и динамики, принцип топики, принцип нирваны, учение о структуре личности и т. д.

Справедливости ради следует отметить, что критические оценки учения Фрейда за последние 20—30 лет претерпели определенную динамику: от полного неприятия психоанализа (Платонов, 1957; Морозов, 1961 и др.) до его дифференцированной оценки (Ушаков, 1978; Карвасарский, 1985; Рожнов, 1985; Ярошевский, 1989 и др.).

Так, В. М. Морозов, усматривая идейные истоки психоанализа в философии Шопенгауэра и Ницше, писал:
«Фрейдизм является наиболее ярким представителем философии волюнтаризма в психотерапии. С психоанализом нельзя вступить в компромисс, его надо отвергнуть целиком».

Спустя семнадцать лет Г. К. Ушаков пишет о психоанализе и Фрейде уже в несколько ином тоне: «Фрейд безусловно прав, когда решительно ставит многие забытые, не обсуждаемые либо стыдливо замалчиваемые вопросы (о роли влечений, в том числе сексуального; о сложности психики и значении внутрипсихического как осознаваемого, так и бессознательного; о возможной научной ценности глубокого анализа сновидений, оговорок, «случайных» поступков и действий; об онтогенетической фазности в развитии индивидуальности и пр.)».

М. Г. Ярошевский свою вступительную статью к книге Фрейда «Психология бессознательного» назвал «Зигмунд Фрейд — выдающийся исследователь психической жизни человека». В этой статье автор отмечает, что «сознание является в конечном счете главным рычагом терапии, главной опорой доктора Фрейда, имя которого в истории культуры поглотило понятие о бессознательном. Рацио-

нальный анализ иррациональных побуждений и тем самым избавление от них — таково было его кредо. Но разве возможен иной рационализм кроме осознанного?»

А всего двадцать пять лет тому назад один из видных отечественных психотерапевтов М. С. Лебединский (1971) писал: «Полностью отрывая «бессознательное» от сознания, фрейдизм видит в «бессознательном» нечто чуждое как сознанию, так и реальной действительности..., отождествляя «бессознательное» с иррациональным».

Такой неортодоксальный подход к психоанализу (равно как и к другим зарубежным психологическим теориям) не означает отступления с позиций материализма или ревизию идей И. П. Павлова. Наоборот, сближение двух мировоззрений, двух, казалось бы, противоположных друг другу теорий (психоанализ Фрейда и нейродинамическая теория Павлова) только обогащает человеческие знания, делает их более многогранными и жизнеспособными.

Отрицая основные положения психоанализа, М. С. Лебединский был вынужден, однако, согласиться, что учение Фрейда получило широкое распространение во всем капиталистическом мире, особенно в США.

Бразильский психиатр Кох, в начале 70-х годов посетивший США, с удивлением писал, что современная американская психотерапия (та, что представлена в психиатрических учреждениях и преподается в учебных заведениях) является на 100 процентов психоаналитической.

В наши дни особый смысл приобретают высказывания тех немногих ученых, которые в тяжелые «застойные» годы, когда у нас клеймили психоаналитиков, находили в себе мужество быть честными до конца, когда речь шла о науке и ее оценке. Так, П. Л. Капица (1971) в речи на одном из симпозиумов, касаясь высшей нервной деятельности человека, сказал, что «основателями этой базисной науки считаются И. П. Павлов и 3. Фрейд. Они первые положили эксперимент в основу изучения процессов мышления. Ими были найдены закономерности восприятия человеком внешней среды, возникновения условных рефлексов, влияния подсознания на деятельность человека».

Сейчас, когда в психологии и психотерапии намечается сближение противоположных взглядов и некогда

враждовавших между собой направлений, когда нет такого четкого разделения ученых на «отечественных» и «зарубежных», нам представляется необходимым ознакомить читателя хотя бы с некоторыми из «чужих» направлений, по возможности не искажая и не интерпретируя их на свой лад. Надеемся, что вдумчивый специалист сам сумеет отделить зерна от плевел.

ЗИГМУНД ФРЕЙД И ПСИХОАНАЛИЗ

Исторический очерк

Зигмунд Фрейд родился 6 мая 1856 г. в маленьком моравском городке Фрейборге в семье небогатого торговца шерстью. Когда Фрейду было 4 года, семья переехала в Вену, где он прожил большую часть жизни.

Уже с ранних лет Зигмунд отличался острым умом, трудолюбием, любовью к чтению. Многочисленная семья (8 человек) ютилась в маленькой квартире, но старшему сыну — Зигмунду родители старались создать все условия для учебы: он жил в отдельной комнате и пользовался керосиновой лампой, тогда как остальные члены семьи обходились свечами.

В 17 лет Фрейд с отличием окончил гимназию и поступил на медицинский факультет Венского университета. В университете он проучился 8 лет, то есть на 3 года более обычного. В эти же годы, работая в физиологической лаборатории Эрнста Брюкке*, он провел самостоятельные исследования по гистологии, опубликовал несколько статей по анатомии и неврологии и в 26-летнем возрасте получил степень доктора медицины. Спустя 50 лет Фрейд вспоминал: «Ни в то время, ни позже я не чувствовал особой склонности к профессии врача. Мной двигало скорее своего рода любопытство, направленное более к человеческим заботам, чем к естественным наукам».

Он надеялся получить должность в лаборатории Брюкке, но вакансий не было, а тут еще подоспела любовь... Избранница Зигмунда Марта Верней была из такой же бедной семьи. Под влиянием отца и своего учителя Брюк-

* В лаборатории Брюкке учился и работал и И. М. Сеченов.

ке, к которому Зигмунд питал искреннее уважение, он оставил работу в лаборатории и с неохотой занялся частной врачебной практикой. Поначалу работал хирургом, потом терапевтом, а затем стал «домашним врачом». К 1885 г. он получил место приват-доцента в Венском университете, а с 1902 г. — профессора неврологии. Казалось бы, карьера начинала складываться...

В 1885—1886 гг. благодаря помощи Брюкке Фрейд работает в Париже, в Сельпетриере, под руководством знаменитого невролога Шарко. Особое впечатление произвели на него исследования по использованию гипноза для вызывания и

устранения болезненных симптомов у больных истерией. Шарко показал, как под действием гипнотического внушения больной «монтирует» симптомы, которые не могут быть объяснены с анатомических позиций. Например, анестезия может возникать строго по средней линии, разделяя тело на две половины, или изолированно — в кисти руки, что никак не соответствовало анатомическим зонам иннервации. Наблюдая это, Фрейд понял, что истерия с ее параличами является психическим нарушением и требует прежде всего психологического объяснения. Пытаясь поближе сойтись с Шарко, Фрейд предложил перевести его лекции на немецкий язык, и знаменитый «Наполеон неврозов» дал ему согласие. В одной из бесед с молодым Фрейдом Шарко мимоходом заметил, что источник многих симптомов больных неврозами таится в особенностях их половой жизни. Эта мысль глубоко засела в памяти, тем более что и он сам, и другие врачи сталкивались с зависимостью нервных заболеваний от сексуальных факторов.

В 1889 г. Фрейд посетил Нанси, где познакомился с Лебелем и Бернгеймом, также занимавшимися исследованиями истерии и гипноза. Под влиянием этих поездок у Фрейда сложилось определенное представление о механизмах подобных заболеваний. Вызревала мысль о наличии психических процессов, которые, находясь вне сферы сознания, оказывают влияние на поведение больного, причем сам больной об этом не знает.

После возвращения в Вену Фрейд знакомится с известным практикующим врачом Иосифом Брейером (1842— 1925), который к этому времени уже несколько лет прак-

тиковал оригинальный метод лечения женщин, больных истерией: он погружал пациентку в состояние гипноза, а потом предлагал ей вспомнить и рассказать о событиях, явившихся причиной заболевания. Иногда эти воспоминания сопровождались бурными проявлениями чувств, плачем, и только в этих случаях чаще всего наступало облегчение, а иногда и выздоровление. Брейер называл этот метод древнегреческим словом «катарсис» (очищение), позаимствовав его из поэтики Аристотеля. Фрейд заинтересовался этим методом. Между ним и Брейером завязалось творческое содружество. Результаты своих совместных наблюдений они опубликовали в 1895 г. в работе «Исследование истерии». Несколько позже Фрейд так подытожил результаты этих совместных исследований: «Симптомы истерических больных определяются оставившей глубокое впечатление, но забытой сценой жизни (травмой). Основанная на этом терапия состоит в том, чтобы заставить пациента вспомнить и воспроизвести эту сцену в состоянии гипноза (катарсис)».

Вскоре, однако, Фрейд заметил, что гипноз как средство проникновения к «ущемленным» и забытым болезненным переживаниям не всегда является эффективным. Более того, во многих и как раз наиболее тяжелых случаях гипноз оставался бессильным, встречая «сопротивление», которое врач не мог преодолеть. Фрейд был вынужден искать другой путь к «ущемленному аффекту» и в конце концов нашел его в свободно всплывающих ассоциациях, в толковании сновидений, неосознанных жестов, оговорок, забывании и т. п.

В 1896 г. Фрейд впервые употребил термин *психоанализ,* под которым подр<азумевал метод исследования психических процессов, являющийся в то же время и новым методом лечения неврозов.

В 1900 г. вышла одна из лучших книг Фрейда «Толкование сновидений». (Сам Фрейд в 1931 г. писал об этой своей работе: «Она содержит, даже с моей сегодняшней точки зрения, наиболее ценные из открытий, которые мне посчастливилось сделать». В следующем году появилась еще одна книга «Психопатология обыденной жизни», а вслед за ней целая серия работ: «Три очерка по теории сексуальности» (1905), «Отрывок из одного анализа исте-

рии» (1905), «Остроумие и его отношение к бессознательному» (1905).

Психоанализ начинает приобретать популярность. Вокруг Фрейда формируется кружок единомышленников: Альфред Адлер, Шандор Ференчи, Карл Юнг, Отто Ранк, Карл Абрахам, Эрнест Джоунс и др.

В 1909 г. Фрейд получил приглашение из Америки от Стесила Холла прочесть лекции по психоанализу в Кларковском университете, в Ворчестере («О психоанализе. Пять лекций», 1910). Примерно в эти же годы выходят работы: «Леонардо да Винчи» (1910), «Тотем и Табу» (1913). Психоанализ из метода лечения превращается в общепсихологическое учение о личности и ее развитии.

Заметным событием этого периода жизни Фрейда стал отход от него ближайших учеников и соратников Адлера и Юнга, не принявших его концепцию пансексуализма.

Всю свою жизнь Фрейд развивал, расширял и углублял свое учение о психоанализе. Ни нападки критиков, ни уход ближайших учеников не поколебали его в своих убеждениях. Его последняя книга «Очерки психоанализа» (1940) начинается довольно резко: «Учение о психоанализе основано на бесчисленных наблюдениях и на опыте, и только тот, кто повторит эти наблюдения на себе и других, может составить самостоятельное суждение о нем».

В 1908 г. в Зальцбурге состоялся I Международный психоаналитический конгресс, а в 1909 г. стал выходить «Международный журнал психоанализа». В 1920 г. был открыт Психоаналитический институт в Берлине, а затем в Вене, Лондоне, Будапеште. В начале 30-х годов такие же институты были созданы в Нью-Йорке и Чикаго.

В 1923 г. Фрейд тяжело заболел (он страдал раком кожи лица). Боль почти не оставляла его, и, чтобы хоть как-то приостановить прогрессирование болезни, он перенес 33 операции. В то же время он много и плодотворно работал: полное собрание его сочинений составляет 24 тома.

В последние годы жизни учение Фрейда претерпевает существенное изменение и получает свое философское завершение. По мере того как работы ученого становились все более известными, усиливалась и критика его учения.

В 1933 г. нацисты, придя к власти, сожгли в Берлине груду книг Фрейда. Сам он так отреагировал на это известие: «Каков прогресс! — писал он. — В средние века они сожгли бы меня, теперь они довольствовались сожжением моих книг». Он не мог предположить, что пройдет всего несколько лет и в лагерях Освенцима и Майданека сгорят миллионы жертв нацизма, в том числе и четыре его сестры. Только посредничество американского посла во Франции да большой выкуп, уплаченный фашистам Международным союзом психоаналитических обществ, позволили Фрейду в 1938 г. покинуть Вену и выехать в Англию. Но дни великого ученого были уже сочтены, он мучился от постоянных болей и по

его просьбе лечащий врач сделал ему уколы, положившие конец страданиям. Это произошло в Лондоне 21 сентября 1939 г.

Основные положения учения Фрейда

Психический детерминизм. Фрейд полагал, что душевная жизнь — это последовательный непрерывный процесс. Закон сохранения энергии применим к ней так же, как и ко всем другим процессам. Каждая мысль, чувство или действие имеют свою причину, вызываются сознательным или бессознательным намерением и определяются предшествующим событием. Некоторые проявления душевной жизни «кажутся» возникшими беспричинно, спонтанно. Этого быть не может. В этих случаях Фрейд начинает искать и находить скрытые связи, которые соединяют одно сознательное проявление душевной жизни с другим.

Сознательное, предсознательное, бессознательное. В душевной жизни Фрейд выделяет три уровня: *сознание, Предсознание и подсознание (бессознательное).* Все психические процессы связаны между собой по горизонтали и по вертикали. Если мысль или чувство кажутся не связанными с предшествующими мыслью и чувством, то эти связи нужно искать в бессознательном.

«Определенные нарушения наших психических функций или неправильности в действиях, которые кажутся нам немотивированными, — писал Фрейд, — оказываются вполне мотивированными, если их подвергнуть психо-аналитическому исследованию». Бессознательное и пред-

сознательное отделены от сознательного особой психической инстанцией — «цензурой». «Цензура» выполняет две функции:

1) вытесняет в область бессознательного неприемлемые и осуждаемые личностью собственные чувства, мысли и понятия;

2) оказывает сопротивление активному бессознательному, стремящемуся проявиться в сознании.

К *бессознательному* относятся многие инстинкты, вообще недоступные сознанию, а также мысли и чувства, подвергнутые «цензуре». Эти мысли и чувства не утеряны, но не допускаются к воспоминанию, а поэтому проявляются в сознании не прямо, а опосредованно, окольными путями — в обмолвках, описках, ошибках памяти, сновидениях, «несчастных» случаях, неврозах. Происходит также сублимация бессознательного — замещение запретных влечений социально приемлемыми действиями. Бессознательное обладает большой жизнеспособностью и не подвластно времени. Мысли и желания, вытесненные в свое время в бессознательное и вновь допущенные в сознание даже через несколько десятилетий, не теряют своего эмоционального заряда и действуют на сознание с прежней силой.

То, что мы привыкли называть *сознанием,* представляет собой, образно говоря, айсберг, большую часть которого занимает бессознательное. В этой нижней части айсберга и находятся основные запасы психической энергии, побуждения и инстинкты.

Предсознание — та часть бессознательного, которая может стать сознанием. Оно расположено между бессоз-нательным и сознанием. Предсознание подобно большому складу памяти, в котором сознание нуждается при выпол-нении своей повседневной работы.

Побуждения, инстинкты и принцип равновесия. Инстинкты — это силы, побуждающие человека к действию. Физические аспекты инстинкта Фрейд называл *потребностями,* психические — *желаниями.*

Инстинкт содержит четыре компонента: *источник* (потребности, желания), *цель, импульс* и *объект.* Цель инстинкта состоит в уменьшении потребности и желания до такой степени, что дальнейшее действие, направленное на их удовлетворение, перестает быть необходимым. Ины-

ми словами, цель заключается в том, чтобы дать организму то, в чем он испытывает потребность или что он в данный момент желает. Импульс инстинкта — это те энергия, силы или напряжение, которые используются для удовлетворения инстинкта. Объект инстинкта — это те предметы или действия, которые удовлетворяют первоначальную цель.

Рассмотрим, к примеру, как проявляются эти компоненты у человека, испытывающего жажду. Тело обезвоживается и начинает нуждаться в жидкости (источник инстинкта — потребность в жидкости, жажда). По мере нарастания жажды нарастают напряжение, энергия (импульс), направленные на ее удовлетворение. Цель состоит в том, чтобы уменьшить это напряжение, ликвидировать жажду. «Объект» — это не только жидкость, но и все действия, которые направлены на поиски или приготовление влаги, и, наконец, сам акт выпивания жидкости.

Человек, испытывающий потребность, будет продолжать поисковую деятельность до тех пор, пока не удовлетворит эту потребность и связанное с ней напряжение. Напряжение сменяется релаксацией, релаксация — напряжением... И так до бесконечности. Идеальным считается состояние покоя, равновесия, соответствующее внутриутробной жизни.

Если человек с жадностью поедает пищу, значит, он голоден, если кричит, значит, у него что-то болит или он чего-то хочет... Поэтому, рассматривая поведение, сон или любой другой психический процесс, нужно искать лежащие за ними побуждения и желания.

Работа психоаналитика включает в себя поиск причин мыслей, чувств и поведения, чтобы потребность (инстинкт), неправильно или недостаточно удовлетворяемая определенной мыслью или поведением, могла найти лучшую, более оптимальную форму удовлетворения.

Иногда некоторые мысли или формы поведения не только не уменьшают напряжение, а, наоборот, усиливают его. Это означает одно из двух: либо прямое выражение потребности блокировано, либо эти конкретные мысли и формы поведения не удовлетворяют ее.

Хотя существует большое разнообразие инстинктов, Фрейд попытался свести их к двум основным группам:

инстинкты, поддерживающие жизнь *(сексуальные),* и инстинкты, разрушающие жизнь *(деструктивные).* Этот фундаментальный антагонизм существует всегда, но, может быть, не видим в психической жизни, потому что большинство наших мыслей и действий связаны не с одним из этих инстинктов, а являются результатом их взаимодействия и взаимовлияния. Инстинкты — это «каналы, по которым протекает энергия», и эта энергия подчиняется своим собственным законам.

По мнению Фрейда, каждый из этих двух обобщенных инстинктов (сексуальный и деструктивный) имеет и свой источник энергии. *Либидо* (в пер. с лат. — желание) — энергия, присущая инстинктам жизни; деструктивным инстинктам присуща агрессивная энергия. Эта энергия имеет свои количественные и динамические критерии. *Катексис* — это процесс помещения либидозной (или противоположной ей) энергии в различные сферы психической жизни, в идею или в действие. Катектированное либидо перестает быть подвижным и уже не может перемещаться к новым объектам: оно укореняется в той области психической сферы, которая удерживает его.

Если представить себе либидо как определенную сумму денег, то катексис — процесс покупки, вкладывание денег в ценности. Чем больше вложено денег в одни ценности, тем меньше их останется для других.

Психоаналитик всегда пытается понять непропорциональность катектирования либидо и старается перераспределить его. Стремление высвободить связанные энергии мы находим также у Роджерса и Маслоу, в буддизме и суфизме. Каждая из атих теорий строит свои заключения на наличии и поиске источников психической энергии, но все они согласуются с фрейдовским представлением о том, что обнаружение и канализация психической анергии - одна из основных проблем в понимании личности.

Психосексуальные стадии развития. В самом начале жизни половое влечение неотделимо от инстинкта само-сохранения, но в отличие от последнего обладает способностью к вытеснению и сложной трансформации.

Основная потребность ребенка после рождения — это потребность в питании. Поэтому большая часть энергии (либидо) катектирована в области рта. Во время кормле-

ния ребенка утешают лаской, покачиванием, уговорами. Все эти «побочные» ритуалы помогают уменьшить напряжение, так как ассоциируются ребенком с процессом кормления. Младенец испытывает явное удовольствие при сосании не только груди, но и других предметов, имитирующих грудь (соска, пальцы, игрушка). Таким образом, рот — первая область организма, которой ребенок может управлять и раздражение которой приносит максимум удовольствия. По Фрейду, это оральная стадия сексуального развития.

По мере взросления «зоны удовольствия» распространяются на новые области тела, однако определенная часть энергии остается постоянно «привязанной» к оральной зоне. У взрослых остается много оральных привычек и постоянный интерес к поддержанию оральных удовольствий: еда, сосание, жевание, курение, облизывание губ и т. п. Некоторые оральные привычки, такие, как грызение ногтей, курение, кусание, расцениваются как проявление неполной психической зрелости, как фиксация на оральной стадии развития. Термином «фиксация» Фрейд обозначал задержку, застревание на одной из стадий сексуального развития. В таких случаях человек иногда предпочитает удовлетворить свои потребности более приятными «детскими» способами, а не адекватными нормальному развитию.

В возрасте от 2 до 4 лет ребенок особое внимание сосредоточивает на акте уринации и дефекации — это анальная стадия. «Проблема туалета, — пишет Фрейд, — разжигает естественный интерес к открытию себя. Увеличение психологического контроля связано с пониманием, что такой контроль может быть новым источником удовольствия». Ребенок поначалу не понимает, что его моча и кал не представляют никакой ценности;

почему его хвалят за то, что он «это сделал», и ругают, если он это сделал на пол или взял кусочек кала в руки? Поощрения и похвалы постоянно сменяются запретами и табу... Фиксация на анальной стадии развития ведет к формированию таких черт характера, как чрезмерная аккуратность, бережливость, упрямство. Фрейд в таких случаях говорит об «анальном характере».

Далее следует фаллическая стадия сексуального развития. По меньшей мере с 3 лет ребенок впервые

обращает внимание на наличие или отсутствие у него пениса. Фрейд считает, что желание девочки иметь пенис и понимание того, что его нет, — критический период в развитии женщины. В этот период детства сексуальность достигает вершины и нередко связана с непосредственным раздражением гениталий. Основным объектом либидо становится родитель противоположного пола. Мальчик влюбляется в мать, одновременно ревнует и любит отца (Эдипов комплекс); девочка — наоборот (комплекс Электры). Выходом из конфликта является отождествление себя с конкурирующим родителем. Так формируется основа морали — *супер-Эго* и возможность активного подавления сексуальных влечений.

К 5—6 годам сексуальная напряженность у ребенка ослабевает, и он переключается на учебу, спорт, различного рода увлечения. С этого времени наступает так называемый *латентный период* (6—12 лет).

В подростковом и юношеском возрасте сексуальность оживает с новой силой. Сначала она проявляется в эротических сновидениях, поллюциях, преходящем онанизме, а затем либидозная энергия полностью переключается на полового партнера. Наступает стадия половой зрелости — генитальная стадия.

При нормальном развитии личности сексуальные представления, связанные с прегенитальным периодом, полностью вытесняются в сферу бессознательного, а соответствующие им представления сублимируются. Однако нередки случаи, при которых вытеснение инфантильных сексуальных представлений совершается неполностью, и тогда «ущемленный

комплекс» проявляется в виде ошибочных действий, оговорок, в сновидениях, а в более тяжелых случаях — в форме невротических расстройств.

Структура личности. В структуре личности Фрейд выделяет *Ид, Эго и супер-Эго (Оно, Я, сверх-Я).*

Ид — это первоначальная, основная, центральная и вместе с тем наиболее архаичная часть личности. *Ид,* считает Фрейд, «содержит все уникальное, все, что есть при рождении, что заложено в конструкции — кроме всего прочего, следовательно, те инстинкты, которые возникают в соматической организации и которые в *Ид* находят первое психическое выражение в форме, нам

неизвестной. *Ид* служит источником энергии для всей личности и вместе с тем целиком бессознательно. Мысли или чувства, вытесненные из сознания в бессознательное *Ид,* по-прежнему способны влиять на психическую жизнь человека, причем со временем сила этого влияния не уменьшается. *Ид* можно сравнить со слепым и глухим диктатором с неограниченною властью, но властвовать он может только через посредников».

Эго развивается из *Ид,* но в отличие от последнего находится в постоянном контакте с внешним миром. *Эго* защищает *Ид,* как кора дерево, но при этом питается энергией *Ид,* Сознательная жизнь протекает преимущественно в *Эго,* Посредством накапливания опыта (в памяти) *Эго* избегает опасных раздражителей, адаптируясь к умеренным, и, главное, посредством активной деятельности способно перестраивать его себе на пользу. Развиваясь, *Эго* постепенно обретает контроль над требованиями *Ид,* решая, будет ли инстинктивная потребность реализована сиюминутно, или ее удовлетворение будет отложено до более благоприятных обстоятельств. Таким образом, *Ид* реагирует на потребности, *Эго* — на возможности. *Эго* находится под постоянным воздействием внешних (среда) и внутренних *(Ид)* импульсов. Нарастание этих импульсов сопровождается напряжением, чувством «неудовольствия», уменьшение — релаксацией, чувством «удовольствия». *Эго,* считает Фрейд, стремится к удовольствию и старается избежать неудовольствия.

Супер-Эго развивается из *Эго* и является судьей и цензором его деятельности и мыслей. Это хранилище выработанных обществом моральных установок и норм поведения. Фрейд указывает на три функции *супер-Эго:* совесть, самонаблюдение, формирование идеалов.

В качестве совести *супер-Эго* судит, ограничивает, запрещает или разрешает сознательную деятельность. Са-монаблюдение возникает из способности *супер-Эго* (независимо от *Ид* и *Эго)* оценивать деятельность, направленную на удовлетворение потребности. Формирование идеалов связано с развитием самого *супер-Эго.* Иногда неправильно отождествляют *супер-Эго* с поведением одного из родителей. "*Супер-Эго* ребенка, — подчеркивает Фрейд,— в действительности конструируется не по модели его родителей, а по модели *супер-Эго* его родителей".

Основная цель взаимодействия всех трех систем — *Ид, Эго* и *супер-Эго* — поддерживать или (при нарушении) восстанавливать оптимальный уровень динамического развития душевной жизни, увеличивая удовольствие и сводя до минимума неудовольствие.

Механизмы защиты. От напряжения, испытываемого под воздействием различных сил (внутренних, внешних), *Эго* оберегает себя с помощью таких защитных механизмов, как вытеснение, отрицание, рационализация, реактивные образования, проекция, изоляция, регрессия и сублимация.

Вытеснение — удаление из сознания чувств, мыслей и намерений к действию, потенциально вызывающих напряженность. Однако вытесненные в бессознательное, эти «комплексы» продолжают действовать на душевную жизнь и поведение человека и постоянно ищут выхода «наружу». Поэтому для удерживания их в бессознательном требуется постоянный расход энергии.

Отрицание — это попытка не принимать за реальность события, нежелательные для *Эго.* Примечательна способность в таких случаях «пропускать» в своих воспоминаниях неприятные пережитые события, заменяя их вымыслом. В качестве характерного примера Фрейд приводит воспоминания Чарльза Дарвина: «В течение многих лет я следовал золотому правилу, а именно, когда я сталкивался с опубликованным фактом, наблюдением или идеей, которые противоречили моим основным результатам, я незамедлительно записывал это; я обнаружил по опыту, что такие факты и идеи гораздо легче ускользают из памяти, чем благоприятные».

Рационализация — это нахождение приемлемых причин и объяснений для неприемлемых мыслей и действий. Естественно, что эти «оправдательные» объяснения мыслей и поступков более этичны и благородны, нежели их истинные мотивы.

Реактивные образования — это поведение или чувства, противопоставляемые желанию; это явная или неосознанная инверсия желания.

Проекция — это подсознательное приписывание собственных качеств, чувств и желаний другому человеку.

Изоляция — это отделение психотравмирующей ситуации от связанных с ней душевных переживаний. Замена

ситуации происходит как бы неосознанно, по крайней мере не связывается с собственными переживаниями. Все происходит как будто с кем-то другим. Изоляция ситуации от собственного *Эго* особенно ярко проявляется у детей. Взяв куклу или игрушечную зверюшку, ребенок, играя, может «дать» ей делать и говорить все, что ему самому запрещается: быть безрассудной, саркастичной, жестокой, ругаться, высмеивать других и т. п.

Регрессия — соскальзывание на более примитивный уровень поведения или мышления. Даже здоровые люди, чтобы как-то защититься от постоянного эмоционального прессинга, «спустить пар», время от времени прибегают к различным

формам регрессии. Они курят, напиваются, ковыряют в носу, лепечут по-детски, читают бульварные романы, портят вещи, верят мистификаторам, рискованно водят автомобиль и делают еще массу «глупостей».
Сублимация — это наиболее распространенный защитный механизм, посредством которого либидо и агрессивная энергия трансформируются в различные виды деятельности, приемлемые для индивида и общества. Разновидностью сублимации может быть спорт, интеллектуальный труд, творчество. Сублимированная энергия, по мнению Фрейда, создает цивилизацию.
Таким образом, «механизмы защиты — это способы, с помощью которых *Эго* защищает себя от внутренних и внешних напряжений». Эти механизмы, в понимании Фрейда, играют значительную роль в патогенезе неврозов. Невротический синдром есть следствие неудавшегося защитного процесса. Психоневроз — проявление защиты сознательной части душевной жизни от неприемлемых переживаний и стремлений. С механизмами вытеснения, в частности, Фрейд связывает некоторые симптомы истерии, импотенцию, фригидность, психосоматические заболевания (бронхиальная астма, язва желудка). Для невроза навязчивых состояний характерными являются механизмы изоляции и реактивного образования.
Принципиальная цель психоаналитика состоит в том, утверждает Фрейд, "чтобы усилить *Эгр,* сделать его более независимым от *супер-Эго,* расширить поле его восприятия и усовершенствовать его организацию, чтобы оно могло освоить новую порцию *Ид",*

КАРЛ ЮНГ: АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Исторический очерк

Карл Густав Юнг родился 26 июля 1875 г. в Швейцарии в семье лютеранского пастора. В нем рано развилась страсть к познанию. В детстве он много читал, однако в школе испытывал скуку и учился посредственно*.
Когда подошло время поступать в университет, интересы Юнга раздвоились между естественными и гуманитарными науками, и в качестве компромисса он выбрал медицинский факультет. Позже он увлекся психиатрией, точнее, парапсихическими феноменами и написал диссертацию «О психологии и патологии так называемых оккультных феноменов». В 1900 г. Юнг был принят интерном в Бюркхельцевский госпиталь в Цюрихе, руководимый Э. Блейлером, который в те годы был одним из наиболее прогрессивных психиатрических центров Европы. Несомненное влияние на Юнга как на ученого оказал в эти годы известный французский психиатр Пьер Жане, у которого он учился.
В 1904 г. Юнг организовал по существу первую в мире психологическую лабораторию на базе психиатрической клиники, где разработал и применял с диагностической целью свой ассоциативный тест (см. в разделе «Психоанализ»). В 1905 г. в возрасте тридцати лет он становится профессором Цюрихского университета.
Юнг не мог не обратить внимания на известные уже в ту пору работы Зигмунда Фрейда. Он посылает ему оттиски своих статей, а в ответ получает приглашение приехать в Вену. Встреча их состоялась и, по воспоминаниям Юнга, длилась более тринадцати часов. После этого они регулярно переписывались, и Фрейд стал считать Юнга своим единомышленником и учеником.
Работы Фрейда оказали несомненное влияние на научное мышление Юнга. Фрейдовское «Толкование сновидений» помогло Юнгу найти свой подход к анализу сновидений и символики. Теория Фрейда о структуре личности,

* Свою биографию Карл Юнг подробно описал в книге «Воспоминания, сны, размышления» (Нью-Йорк, 1961).

о бессознательном помогла Юнгу прийти к мысли об «архетипах», «коллективном бессознательном», «индивидуации». В 1911 г. Юнг и Фрейд основали Международное психоаналитическое общество, первым председателем которого стал Юнг.
Между тем вскоре обнаружились существенные расхождения во взглядах этих двух выдающихся ученых:
Юнг не мог полностью принять фрейдовский пансексуализм, а Фрейд отрицательно относился к юнговскому пониманию мифологии и оккультных феноменов. Окончательный разрыв произошел в 1912 г., после того как Юнг опубликовал свою работу «Символы трансформации», в которой его разногласия с Фрейдом обозначились более резко. Юнг тяжело переживал этот разрыв, но пошел своим путем, так как во всем, что касалось научных убеждений, он был так же непримирим, как и Фрейд.
Круг научных интересов Юнга был достаточно широк:
он увлекался алхимией, парапсихологией, мифологией, восточной культурой... С этой целью Юнг совершил два путешествия в Африку, ездил в Нью-Мехико к индейцам пуэболо, был в Индии. Он серьезно изучал индийскую, китайскую и тибетскую философию.
В 1944 г. в возрасте 69 лет Юнг перенес тяжелый инфаркт, был на краю жизни, но постепенно выздоровел и после этого прожил долгую плодотворную жизнь. Именно на этот возраст (с 70 до 85 лет) приходится наиболее высокопродуктивный период его творческой жизни. В это время он написал наиболее интересные работы, ряд которых был издан уже после его смерти: «Воспоминания, сны, размышления» (1961), «Подход к бессознательному» (1964), «Аналитическая психология» (1968) и др.
Умер Карл Юнг 6 июня 1961 г. в возрасте 86 лет, оставив после себя глубокий след в философии, психологии и психотерапии.

Основные положения учения Юнга

Понятие об интроверсии и экстраверсии*. Юнг считал, что каждый индивидуум, вернее, фокус его интересов, может быть обращен преимущественно к своему

* К. Юнг. «Психологические типы» (1923).

внутреннему *Я* или, наоборот, к внешнему миру. Первый тип людей он назвал *интравертами^* второй — *экстравертами.* Экстраверсия исключает интроверсию, но ни один из этих типов не имеет предпочтений перед другим.

Обычно человек не бывает чистым интро- или экстравертом, хотя и склонен к той или иной ориентации. В идеале Юнг видит «пластичность», то есть умение пользоваться одной из этих двух ориентации там, где она более подходит. Но в жизни так почти не бывает. Интроверты прежде всего интересуются собственными мыслями, своим внутренним миром. Опасность для них заключается в том, что если слишком глубоко погрузиться в свое внутреннее Я, то можно утратить контакты с внешним окружением. Экстраверты преимущественно заняты внешним миром, они легче устанавливают социальные связи и лучше осознают, что происходит вокруг них. Опасность для них заключается в утрате умения анализировать свои внутренние психические процессы. Такие люди вместо того, чтобы развивать собственные идеи, занимаются анализом чужих.

Истерические личности больше склонны к экстраверсии, астеники и аутичные — к интроверсии.

Психические функции. Юнг выделяет четыре основные психические функции: *мышление, чувствование, ощущение и интуицию.* Мышление и чувствование, по Юнгу, есть альтернативные способы формирования суждений и принятия решений.

У мыслительного типа ярче, чем у других, проявляется способность к обобщениям, абстрагированию, логическим построениям. Мыслительные типы — способные составители планов, но часто оказываются в их плену, даже если эти планы противоречат конкретной ситуации.

Чувственные типы логике предпочитают эмоции, а решения принимаются ими по принципу: хорошо — плохо, красиво — некрасиво. Если мышление и чувствование Юнг расценивал как способы принятия решения, то ощущение и интуицию — как способы получения информации. Ощущение основано на конкретных фактах, на том, что можно увидеть, понюхать, потрогать руками. Интуиция — способ обработки информации, накапливаемой преимущественно в бессознательном. Индивидуум, у которого доминируют ощущения, более адек-

ватно, чем другие типы, реагирует на конкретную ситуацию, но и более зависим от нее. Интуитивный тип более доверяет собственному опыту. Информация у таких людей обрабатывается очень быстро, тут же автоматически связывается с прошлым опытом, а принятое решение, если оно и правильное, нередко «противоречит» здравому смыслу.

Гармоничная оценка внешнего и внутреннего мира, по Юнгу, возможна при гармоничном сочетании всех четырех психических функций. «Чтобы ориентироваться, — пишет Юнг, — мы должны обладать функцией, которая подтверждает, что нечто наличествует (ощущение); вторая функция устанавливает, что именно наличествует (мышление); третья решает: подходящее это или нет, хотим ли мы принять это (чувствование); четвертая функция указывает, откуда это пришло и к чему ведет (интуиция)».

К сожалению, у человека эти четыре функции развиты неравномерно. Обычно одна из них доминирует и еще одна — сопутствует. Остальные две функции выражены слабо и находятся в бессознательном. Чем более развиты доминирующая и сопутствующая функции, тем более антагонистичны им их противоположности.

Юнг всегда подчеркивал, что нельзя говорить о том, какой тип лучше — мыслительный или интуитивный. Лектор мыслительного типа, например, склонен к систематизации и детализации материала, к логическим построениям и этим положительно отличается от лектора интуитивного типа, который часто отвлекается от темы, перескакивает с предмета на предмет, зато более предрасположен к предвидениям и прогнозам.

Коллективное бессознательное. По Юнгу, помимо *личного бессознательного* существует еще и *коллективное бессознательное,* которое содержит в себе опыт развития всего человечества и передается от поколения к поколению. По убеждению Юнга, психика ребенка при рождении не является «чистой грифельной доской», а содержит в себе определенные структуры (архетипы), которые в дальнейшем влияют на развитие ребенка, на формирование его *Я* и его взаимодействия с внешней средой.

Архетипы. Основу коллективного бессознательного составляют архетипы. Архетип, по Юнгу, — это форма без

собственного содержания (отпечаток), которая организует и направляет психические процессы. Архетип можно сравнить с сухим руслом, которое определяет рельеф реки, но рекой может стать лишь тогда, когда по нему потечет вода. И если продолжить это сравнение, то суть архетипа как раз и заключается в том, что вода (психические процессы) потечет по этому руслу, а не вопреки ему.

Архетипы проявляют себя в виде символов: в образах героев, мифах, фольклоре, обрядах, традициях и т. д. Архетипов много, так как это обобщенный опыт наших предков. Главные из них: архетип Я, архетип матери, архетип отца.

Архетип матери определяет не только реальный образ матери, но и собирательный образ женщины, реальной или мифической (Мать, Венера, Дева Мария и т. п.). Это может быть не только положительный, но и отрицательный образ (Ведьма, Баба Яга). Архетип отца определяет общее отношение к мужчинам (Отец, Илья Муромец, Мудрый старец. Бог, Закон, Деспот и пр.).

Юнг отличал архетипы от символов. Бессознательное (и архетипы) выражает себя в символах, но ни один из конкретных символов не может полностью выразить архетип. Но чем ближе символ соответствует бессознательному, организованному вокруг архетипа, тем более сильную, эмоционально заряженную реакцию вызывает он у индивидуума.

Кроме символов индивидуального бессознательного, по мнению Юнга, существуют такие символы, которые отражают коллективное бессознательное (крест, шестиконечная звезда Давида, буддийское «колесо жизни» и т. д.).

Юнг относил к архетипам и основные элементы структуры личности.

Структура личности. Юнг выделяет следующие элементы (слои) в структуре личности: персону, *Эго,* тень, Аниму (у мужчин), Анимус (у женщин) и самость (рис. 8).

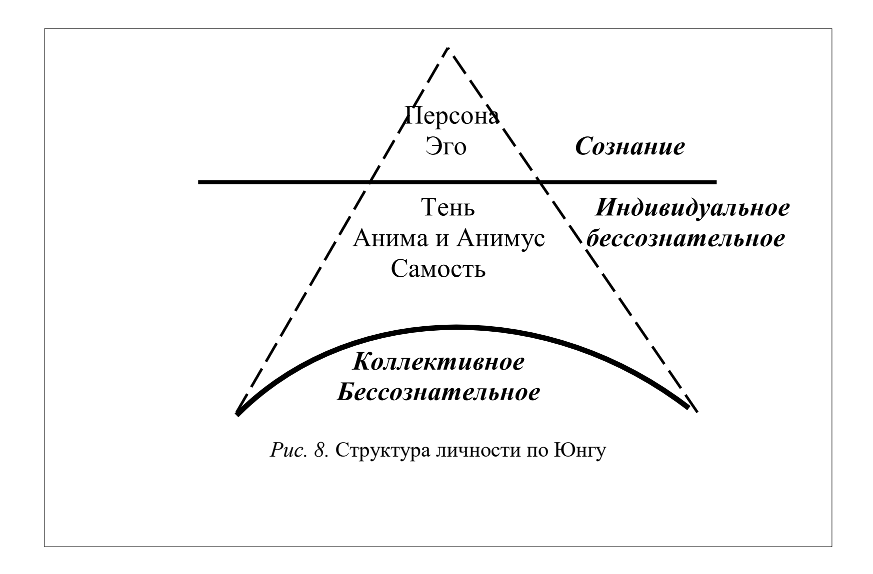


Рис. 8. Структура личности по Юнгу

Персона (личность) — самый верхний слой личностного сознательного; *Эго* — его более глубокий слой. Ниже идет бессознательное, сначала индивидуальное, потом коллективное. Самый верхний слой бессознательного —двойник *Я,* его тень; следующий слой — душа (Анима и Анимус); самый нижний слой — объективное *Я* (самость).

Персона — это визитная карточка *Я.* Это манера говорить, мыслить, одеваться. Это характер, социальная роль, способность самовыражаться в обществе. *Persona* — латинское слово, обозначающее маску, которую одевали греческие актеры для условного обозначения той или иной роли (сравни русское: «личина», «личность»).

Различают позитивные и негативные качества персоны. В первом случае она подчеркивает индивидуальность, способствует коммуникации, служит защитой от вредоносных влияний среды. Во втором случае, если социальной роли придается слишком большое значение, персона может задушить индивидуальность. Юнг называл персону «архетипом конформности».

Эго — центр сознания и поэтому играет основную роль в нашей сознательной жизни. *Эго* создает ощущение осознанности и последовательности наших мыслей и действий. В то же время *Эго,* находясь на грани с бессознательным, ответственно за связь (слияние) сознательного и бессознательного. При нарушении гармоничности этой связи возникает невроз.

Тень — центр личного бессознательного. Сюда входят желания, тенденции, переживания, которые отрицаются индивидуумом как несовместимые с существующими социальными стандартами, понятиями об идеалах и т. д. В жизни мы обычно отождествляемся с персоной и стараемся не замечать все, что считаем низким, порочным в своей личности.

Юнг выдвинул гипотезу о компенсаторной функции бессознательного, которое отражает содержание сознания в обратном, перевернутом виде, подобно тому как отражается в зеркальной глади озера стоящий на его берегу дом. Поэтому экстравертированная личность в своем бессознательном интровертирована: робкий человек в своем бессознательном храбр, храбрый — робок, добрый — зол, а злой — добр и т. п.

Тень нельзя игнорировать, ибо можно, не осознавая этого, оказаться в ее плену. И, наоборот, чем полнее осознается тень, тем гармоничнее становится личность и ее отношение с окружающей средой.

Тень — не только обратное отражение Эго, но также и хранилище жизненной энергии, инстинктов, источник творчества. Тень уходит своими корнями в коллективное бессознательное, а поэтому может дать доступ индивидууму (и аналитику) к материалу, который обычно недосту-пен *Эго* и персоне. «Тень с нами всю жизнь, — пишет Юнг, — и, чтобы иметь с ней дело, нужно постоянно вглядываться в себя и честно сознавать, что мы там видим».

Анима и Анимус — это представления о себе как о мужчине или женщине, вытесненные в бессознательное как нежелательные для данного индивидуума. Анима (у мужчин) имеет обычно феминистическое, а Анимус (у женщин) — маскулинистическое содержание. По Юнгу, каждый мужчина в глубине своей души, в своем бессознательном — женщина, а каждая женщина — мужчина.
«Каждый мужчина, — пишет Юнг, — несет в себе вечный образ женщины — не той или иной определенной женщины, но образ женщины как таковой. Этот образ — отпечаток, или «архетип», всего родового опыта женственности, сокровищница, так сказать, всех впечатлений, когда-либо производившихся женщинами. Поскольку этот образ бессознателен, он всегда так же бессознательно проецируется на любимую женщину, он является одним из главных оснований привлечения и отталкивания».
Анима и Анимус — наиболее древние архетипы. Они ориентированы своим острием к глубокому бессознательному, так же как персона — к внешней среде, и оказывают большое влияние на поведение индивидуума.

Самость — архетип целостности личности. «Самость, — пишет Юнг, — означает всю личность. Вся личность человека не поддается описанию, потому что его бессознательное не может быть описано». По Юнгу, «сознательное и бессознательное не обязательно противостоят друг другу, они дополняют друг друга до целостности, которая и есть самость».
Самость объединяет сознательное и бессознательное, она является центром целостности *Я,* как *Эго* — центром сознания.
Индивидуация и аналитическая психотерапия. Способность человека к самопознанию и саморазвитию, слияние его сознательного и бессознательного Юнг назвал процессом индивидуации. «Индивидуация, — говорит Юнг, — означает становление единым, однородным существом, и поскольку «индивидуальность» — это наша наиболее внутренняя, постоянная и ни с чем не сопоставимая уникальность, то Индивидуация также подразумевает становление собой».
Первый этап индивидуации — это анализ персоны. Персона выполняет запретные функции, но в то же время она является маской, скрывающей самость. Внешнее проявление личности (имя, титул, должность, персональная машина и т. п.) еще не является ее сущностью. «Анализируя персону, — указывает Юнг, — мы срываем маску и обнаруживаем, что то, что называли индивидуальным, на самом деле является коллективным».
Второй этап — осознание тени. Если мы признаем ее реальность, то можем освободиться от ее влияния. Кроме того, осознание личного бессознательного — путь к ликвидации неврозов.
Третий этап индивидуации — это встреча с Анимой и Анимусом. Сам Юнг относился к этому архетипу как к реальному существу, находящемуся в тайниках его души. Он советовался со своей Анимой, считался с ее мнением, учился у нее...
Четвертый этап — анализ самости. «Самость — наша жизненная цель, потому что это наиболее полное выражение того судьбоносного сочетания, которое мы называем индивидуальностью». Юнг считал, что «человек должен быть собой, должен нести собственную инди-

видуальность, тот центр личности, который одинаково удален и от сознания и от бессознательного; мы должны стремиться к этому идеальному центру, к которому природа, кажется, направляет нас».
В процессе индивидуации сознание расширяется и «комплексы» из бессознательного переводятся в сознательное.
По Фрейду, комплекс — это вытесненное в бессознательное аффективно окрашенное сексуальное представление. Юнг считает, что комплекс далеко не всегда имеет сексуальное содержание. По Юнгу, комплекс — это скрытая в глубине бессознательного неразрешенная жизненная проблема, неосознанное столкновение самых различных актуальных противоречий. Источником этих противоречий обычно является какой-то моральный конфликт, который и является главной причиной невроза. В отличие от Фрейда Юнг понимает невроз не как конфликт между примитивными влечениями и требованиями общества, а в основном как проявление дисгармоничного развития самой личности. Юнг, так же как и Адлер, придает основное значение не прошлому человека, не его раннему детству, а насущным сегодняшним ситуациям и жизненным проблемам.
Основной задачей психотерапевта, считает Юнг, является установление контактов сознательного личности с его личным и коллективным бессознательным. Юнг подчеркивает, что терапия — это соединение усилий аналитика и анализируемого. Более того. Юнг полагал, что психотерапия — это прежде всего взаимодействие бессознательного аналитика с бессознательным пациента.
Весь процесс лечения Юнг условно разделил на две стадии: аналитическую и синтетическую.
Аналитическая стадия делится на два этапа:
признание и *толкование.* Лечение начинается со сбора материала. Пациент рассказывает о своей жизни, переживаниях, сновидениях и т. д. Врач осторожно направляет рассказ пациента, стараясь сделать его более полным и откровенным. Уже в процессе признания происходит частичное осознание своего бессознательного. Следующий этап — толкование собранного материала. Особо важное значение Юнг придавал сновидениям и символам. Кроме исповеди пациента в качестве материала для анализа Юнг

широко использовал и другие формы выражения бессознательного: рисунки, танцы, скульптуры и т. п.
При анализе снов Юнг в отличие от Фрейда придавал значение не столько свободным ассоциациям, сколько конкретному содержанию сновидения. «Свободные ассоциации, — писал Юнг, — выведут наружу все мои комплексы, но едва ли значение сна. Чтобы понять значение сна, я должен так близко, как возможно, придерживаться образов самого сна». В процессе толкования сновидений Юнг придавал одинаково важное значение ассоциациям как аналитика, так и пациента.

Во «торой стадии лечения — синтетической, так же как и в первой, выделяются два этапа: *обучения* и *трансформации.* Юнг считал, что прозрение и понимание — это только первая половина лечения. За ней следует не менее важная и трудная — обучение. Результатом этого этапа лечения должно стать формирование у пациента не только нового понимания себя и окружающего мира (предыдущая стадия), но и новых привычек, стереотипов поведения и реагирования. На заключительном этапе лечения зависимость пациента от врача должна быть сведена к минимуму. Центр тяжести переносится (трансформируется) на самого пациента, на процесс самообучения и самосовершенствования (см. *Психосинтез).*

* * *

Карл Юнг создал свое направление в психологии и психотерапии. Концепции Юнга подчас сложны для понимания, трудно систематизируются, но отличаются глубиной и изяществом. Влияние Фрейда здесь несомненно, но очевидна и оригинальность мыслей.

Юнг отрицает пансексуализм Фрейда. По Юнгу, либидо является универсальным недифференцированным источником энергии, которая проявляет себя не только в сексуальной жизни, но и в языке, культуре, обрядах и т. д. Юнг выдвинул оригинальные понятия о стратификации (послойном строении) психики, об архетипах, о коллективном бессознательном.

Одно из центральных понятий в учении Юнга — индивидуация — процесс развития человека, включаю-

щий установление связей между *Эго* и самостью. По Юнгу, сознательное и бессознательное находятся в постоянном взаимодействии, а нарушение баланса между ними «проявляется неврозом». Исходя из этого, аналитическая психотерапия направлена в основном на уравновешивание сознательного и бессознательного, на оптимизацию динамического взаимодействия между ними.

АЛЬФРЕД АДЛЕР: ИНДИВИДУАЛЬНАЯ ПСИХОЛОГИЯ И ПСИХОТЕРАПИЯ

Исторический очерк

Альфред Адлер родился в предместье Вены в семье небогатого коммерсанта 7 февраля 1870 г. В детстве он много и серьезно болел, не раз был на волоске от смерти и рано видел смерть близких ему людей. Когда ему было немногим больше трех лет, умер спавший с ним в одной постели младший брат. В возрасте пяти лет мальчик сам заболел тяжелой формой воспаления легких и едва не умер. Он рос физически слабым, но старался ни в чем не уступать сверстникам. С этим печальным детским опытом, как утверждает сам Адлер, были связаны его идеи компенсации физической (и психической) неполноценности.

В восемнадцать лет Адлер без колебаний поступил на медицинский факультет Венского университета. В студенческие годы он активно участвовал в социалистическом движении и на одном из митингов встретил свою будущую жену, студентку из России Раису Эпштейн.

Окончив университет, Адлер некоторое время практикует как офтальмолог, но постепенно центр его интересов перемещается в область невропатологии и психиатрии.

В 1902 г. Адлер одним из первых вошел в психоаналитический кружок Фрейда. Начались годы дружбы и сотрудничества. Фрейд с большим уважением относился к Адлеру и даже предложил его (в 1910 г.) на пост первого президента Венского психоаналитического общества. Однако уже в это время назревал разрыв. Адлер не принял фрейдовской концепции либидо, пансексуализма, структуры личности. У него сформировались свои, отличные

от Фрейда взгляды на механизм возникновения неврозов. В 1911 г. Адлер отказался от почетного президентства и оставил фрейдовское психоаналитическое общество вместе с девятью другими его членами. В этом же году он основал свою Ассоциацию индивидуальной психологии.

Несмотря на разрыв, сам Фрейд и его идеи наложили глубокий отпечаток на всю дальнейшую творческую жизнь Адлера. Но это был не единственный источник, из которого ученый черпал научные идеи. На него, как и на многих его современников, сильное влияние оказала эволюционная теория Дарвина. Представление Дарвина о борьбе за превосходство как о средстве выживания сначала полностью было принято Адлером. Однако позже он отошел от «социального дарвинизма». Идее Дарвина о выживании в процессе эволюции наиболее приспособленных и гибели неприспособленных Адлер противопоставил мысль о том, что физическая (а иногда и характерологическая) неполноценность, наоборот, нередко является стимулирующим фактором, способствующим победе в борьбе за свое место в жизни.

Определенное влияние на творчество Адлера оказала философия Фридриха Ницше. Ранние представления Адлера об агрессивных инстинктах несомненно имели много общего с ницшевской «волей к власти». Однако в свое альтернативное понятие «стремление к превосходству» он вкладывал более широкий смысл, чем «стремление к власти». Если же говорить об адлеровской концепции «общественных интересов», то она в корне противоречит фундаментальным идеям Ницше.

Нельзя обойти молчанием и такие источники идей Адлера, как «фикционализм» Ганса Вейингера и «холизм» (философия целостности) Яна Смитса. Вейингер утверждал, что на людей больше влияет ожидание будущего, чем настоящее или прошлый опыт. Эту ориентацию на будущее Вейингер назвал «фикцией», а свою теорию — «фикционализмом». Адлеровское представление о «жизненных целях» и понятие «схема апперцепции» тесно связаны с теорией Вейингера. Южноафриканский политик и философ Смите считал, что целостные системы обладают свойствами, отсутствующими у их частей, и что каждый человек в своем развитии стремится к целостности. По существу, эти же

идеи легли в основу адлеровской индивидуальной психологии.
Адлер и его последователи много работали в области образования, уделяли большое внимание обучению учителей основам индивидуальной психологии. Одновременно создавались консультативные центры в общественных школах, где дети и их родители всегда могли получить совет психолога. К 1930 г. в одной только Вене было создано 30 таких центров.
В связи с разгулом в Австро-Венгрии нацизма Адлер в 1932 г. покинул Вену и переехал в США. Умер он в 1937 г. в возрасте 67 лет в Шотландии, куда был приглашен читать лекции.
Нашему читателю наиболее известны такие работы Адлера, как «Практика и теория индивидуальной психологии» (1929), «Что значит для нас жизнь» (1931), «Превосходство и социальный интерес» (1964).

Основные положения учения Адлера

Неполноценность и компенсация. Адлер утверждал, что почти каждый человек имеет какие-то физические или психические, чаще всего характерологические недостатки, что формирует у него *комплекс неполноценности,*

Это чувство неполноценности наряду с негативным может оказывать и позитивное влияние на личность, так как нередко является стимулом для достижения цели. В этих случаях комплекс неполноценности формирует устойчивое стремление быть не хуже, а лучше других, побуждает индивидуума к усилиям, делает его более упорным в достижении цели, благодаря чему он добивается очень многого.

«Чувство неполноценности, — писал Адлер, — само по себе не является ненормальным. Оно — причина многих улучшений в положении человека».

Борьба за превосходство. В своих ранних работах Адлер утверждал, что борьба за превосходство и агрессивные тенденции человека являются важным фактором в борьбе за выживание, самосовершенствование и самоутверждение. В отличие от Ницше Адлер не отождествлял агрессию с враждебностью, а рассматривал ее как иници-

ативу к преодолению препятствий. Стремление к превосходству Адлер понимал не только как агрессию и «волю к власти», а намного шире — как побуждение улучшить себя, развить свои способности, свои потенциальные возможности. Стремление к превосходству, по Адлеру, является врожденным и коренится в эволюционном процессе. Все виды развиваются в направлении более эффективной адаптации к окружающему, в противном случае они погибают. Таким образом, каждый индивидуум стремится к самосовершенствованию и совершенствованию своих отношений с окружающей средой. Если цель превосходства включает в себя общественные интересы, то и развитие личности принимает конструктивный характер. Если же цель предполагает борьбу только за личное превосходство, лишена социального интереса, то такая цель, по мнению Адлера, не приносит удовлетворения индивидууму, деформирует его «жизненный стиль» и в конечном итоге приводит к неврозу.
Жизненные цели. Адлер полагал, что социальная адаптация — понятие слишком абстрактное. Каждый человек выбирает для себя более специфическую, отвечающую его индивидуальным особенностям, более конкретную жизненную цель. «Стремление к превосходству, — писал Адлер, — в каждом индивидууме лично и уникально. Оно зависит от того, каково для него значение жизни». Основа для формирования жизненных целей закладывается в детском возрасте как компенсация чувства неполноценности, неуверенности в себе и беспомощности в мире взрослых. Чем более выражено чувство неполноценности, тем сильнее гипертрофированы жизненные цели.
Жизненная цель носит защитный характер и служит как бы мостом между безрадостным настоящим и многообещающим будущим. Сформировавшись в детском возрасте, жизненная цель чаще всего полностью не осознается, но обеспечивает главные направления и задачи нашей деятельности.
Например, человек, стремящийся к власти, разовьет в себе определенные черты характера, необходимые для достижения этой цели: тщеславие, зависть, жестокость, амбицию. Адлер подчеркивает, что эти черты характера не являются ни врожденными, ни неизменными, но при-

нимаются индивидуумом как средство для достижения жизненной цели.
Адлер выделил три основные жизненные цели (задачи): работу, дружбу и любовь.
Работа приносит удовлетворение и чувство собственной значимости в той степени, в какой она полезна обществу.
Дружба — выражение нашей причастности к людям, необходимость и потребность приспосабливаться к окружающим и общаться с ними.
Любовь — это тесный союз ума и тела, высшая форма кооперации между двумя индивидуумами противоположного пола.
Эти три задачи, по Адлеру, всегда взаимосвязаны. «Решение одной помогает в разрешении других, мы даже могли бы сказать, что все они — аспекты одной и той же ситуации, одной и той же проблемы — необходимости для людей поддерживать и развивать жизнь в той среде, в которой они находятся».
Жизненный стиль. Это сугубо индивидуальный способ, выработанный каждым человеком для достижения своих жизненных целей. Это интегрированный стиль приспособления к среде и взаимодействия со средой. Жизненный стиль личности так же уникален, как уникальна и сама личность.

Жизненный стиль можно анализировать только с позиции отношения к индивидууму как к единому целому. Только при таком подходе кажущиеся изолированными привычки, черты характера, поступки дают нам целостное представление о личности, ее целях и жизненном стиле. «Главная задача индивидуальной психологии, — подчеркивает Адлер, — подтверждать это единство в каждом индивидууме — в его мышлении, чувствовании, действовании, в его независимом сознании и бессознательном — во всех выражениях его личности».
К основным факторам, влияющим на деформацию жизненного стиля, Адлер относил органическую неполноценность, избалованность и отверженность.
У детей, страдающих каким-либо хроническим заболеванием, имеющих физические или психические недостатки, может развиться резко выраженное чувство неполноценности, что может привести к утрате социального

интереса, изоляции или выбору ложной жизненной цели. Однако те дети, утверждает Адлер, которые преодолевают чувство неполноценности, могут компенсировать недостатки и выработать для себя оптимальный жизненный стиль.

У детей, воспитанных в обстановке гиперопеки, чувство общности и социальный интерес развиты слабо. Избалованным детям не хватает уверенности в своих силах, так как все жизненные проблемы за них обычно решают другие. На первый план у таких детей выступает эгоцентризм и борьба за собственное превосходство.

Примерно в таком же положении и нежеланные, отвергнутые дети. Лишенные любви близких им людей, они теряют уверенность в своей полезности и нередко вырастают холодными и жестокими. Интересно в этом отношении наблюдение самого Адлера: «Черты нелюбимых детей в наиболее развитой форме могут быть обнаружены при изучении биографий наиболее значительных врагов человечества. Бросается в глаза одна общая черта — со всеми с ними плохо обращались в детстве. Таким образом, у них развивалась нестойкость характера, зависть, враждебность; они не могут видеть других счастливыми».

Когда чувство неполноценности достаточно выражено, а социальный интерес развит недостаточно, индивидуум стремится к личному превосходству, так так в глубине души ему не хватает уверенности в том, что он сможет успешно сотрудничать с окружающими. Такие люди не приносят обществу ничего ценного, так как фиксированы на себе, а это неизбежно ведет к поражению, к чувству неудовлетворенности, к неврозу.

Схема апперцепции. Собственные представления индивидуума об окружающей среде и о себе Адлер назвал *схемой апперцепции.* Апперцепция — это свойство **психики** человека, выражающее зависимость восприятия предметов и явлений от предшествующего опыта и личностных особенностей субъекта.

Адлер подчеркивает, что поведение человека определяется его представлением об окружающем мире. Если свернутая в жгут веревка в сумерках покажется человеку живой змеей, то он может испытать такой же сильный страх, как если бы на месте веревки действительно была змея. Адлер считает, что «наши чувства не воспринимают

реальные факты, а получают лишь субъективные образы, отражение внешнего мира». Схема апперцепции, по Адлеру, является частью жизненного стиля и во многом определяет поведение индивидуума.
Творческая сила личности. Адлер утверждал, что человек не является пассивным объектом воздействия внешней среды, а в борьбе за свое место в жизни сам активно влияет на внешнюю среду. Он подчеркивал, что люди — не беспомощные пешки в руках внешних сил;
каждый из них сам формирует свою личность. «Индивидуум — и картина, и художник. Он — художник своей собственной личности».

К основным проявлениям творческой силы личности Адлер относил процессы формирования жизненной силы, жизненного стиля и схемы апперцепции.

Творческая сила, по Адлеру, оказывает активное влияние на воздействие индивида с внешней средой, а следовательно, активно влияет на его судьбу. Роль психоаналитика заключается в том, чтобы вскрыть эти творческие силы и направить их в нужное русло. «Бесполезно пытаться развивать психологию, — писал Адлер, — на основе одних только низших побуждений, не принимая во внимание творческую силу ребенка, которая направляет побуждения, придает им форму, придает им значимую цель».

Чувство общности. В своих поздних работах Адлер большое внимание уделяет социальным интересам личности, «чувству общности», под которым он понимал «чувство человеческой солидарности, связи человека с человеком... расширенное ощущение товарищества в человеческом обществе».

В определенном смысле все поведение человека, по мнению Адлера, социально, поскольку он развивается и функционирует в социальном окружении. Чувство общности Адлер понимает шире, чем взаимоотношения индивидуума и его ближайшего окружения; оно означает для него «заинтересованность в идеальном обществе всего человечества как в конечной цели эволюции».

Сотрудничество — одно из проявлений чувства общности. Способность к сотрудничеству (кооперации) имеет глубокие филогенетические корни, так как люди с давних пор объединялись при добывании пищи, на охоте,

в защите от хищников и внешнего врага. Чувство общности и сотрудничество, по Адлеру, помогают строить такие социальные отношения, которые являются основанием для формирования полноценного конструктивного жизненного стиля. Чем слабее у человека выражено чувство общности и сотрудничества, тем сильнее выражено чувство неполноценности, и наоборот. «Все неудачники, — утверждал Адлер, — продукты неправильной подготовки в области общественного чувства. Все они не способны к сотрудничеству, одинокие существа, которые в большей или меньшей степени движутся противоположно остальному миру». И наоборот, Адлер полагал, что «если человек сотрудничает с людьми, он никогда не станет невротиком».

Механизм неврозов. Адлер утверждал, что всякий невроз есть не что иное, как результат конфликта между стремлением к могуществу и чувством собственной неполноценности.

Преодоление чувства неполноценности может идти несколькими путями: 1) путем успешной компенсации, в результате чего индивидуум достигнет цели в борьбе за основные жизненные блага; 2) посредством сверхкомпенсации (маленький и щуплый пытается казаться сильным, трусливый мнит себя героем и т. п.); 3) путем «ухода в болезнь», что есть скрытая тенденция к достижению превосходства. Последний путь, по Адлеру, и есть невроз. В то время когда здоровый человек ставит перед собой более или менее реальные, достижимые цели, невротик ставит перед собой фиктивные, заведомо невыполнимые цели. Развившийся невроз одновременно и маскирует собственную несостоятельность, и является средством «подчинения» себе окружающих.

Адлер расценивал невроз не как болезнь, а как своеобразный характер, деформированный жизненный стиль, а путь, избранный невротиком, — как компенсаторное приспособление к социальной среде.

Исходя из этого, лечение невротиков, по Адлеру, должно сводиться к его перевоспитанию, коррекции фиктивных жизненных целей, что требует перевода их из подсознательного в сознательное.

Индивидуальная психотерапия. Прежде всего следует согласиться с мнением М. С. Лебединского (1971) о том,

что психологию и психотерапию Адлера более правильнее было бы называть не индивидуальной, а индивидуалистической.

Адлер выделил три основных этапа индивидуальной психотерапии: 1) понимание психотерапевтом специфического для пациента жизненного стиля; 2) помощь пациенту в понимании себя и своего поведения; 3) формирование у него повышенного социального интереса.

Первый этап. Чтобы распознать жизненный стиль, Адлер просил пациента подробно рассказать о себе. Особое внимание он обращал на воспоминания раннего детства, выяснял, не имели ли место физическая неполноценность, гиперопека или отверженность. Адлер подчеркивал, что не бывает «случайных воспоминаний». «Из бесчисленного количества впечатлений, — писал он, — с которыми сталкивается индивидуум, его память выбирает только те, которые... имеют отношение к его нынешней ситуации».

Адлер обращает внимание на то, что в беседе с пациентом важно обращать внимание не только на содержание его рассказа, но и на особенности его поведения, позу, мимику, интонацию. «Я считаю весьма ценным некоторое время воспринимать пациента как бы в пантомиме, то есть не обращать внимания на его слова, а прочитывать его более глубокие намерения из того, как он держит себя, как движется в ситуации».

Кроме рассказа материалом для анализа могут служить сновидения, свободные ассоциации, рисунки **и** т. д.

Второй этап. Основная проблема невротика, считает Адлер, состоит в ошибочной схеме апперцепции и определяется нереалистичной и недостижимой целью превосходства. Главная задача психотерапевта заключается в том, чтобы вскрыть истинную структуру жизненного стиля пациента, выявить его фиктивные цели и перевести их в форму сознания. Осознанная фиктивная цель, по Адлеру, теряет способность решающим образом влиять на поведение человека. Понять себя — это означает прежде всего осознать, какое место ты занимаешь в окружающем мире, научиться видеть свои ошибки и понимать их последствия. Здесь нужно тесное содружество врача и пациента. Объяснения врача должны быть

ясными и детальными, а главное — обращенными к непосредственному опыту пациента.

От пациента требуется терпение и искреннее желание понять врача. Адлер подчеркивает: «Действительное изменение природы пациента может быть только его собственным делом... На лечение и его успех нужно всегда смотреть не как на успех консультанта, а как на успех пациента. Консультант лишь указывает на ошибки, истинной жизни должен добиваться сам пациент».

Третий этап. Адлер убежден в том, что в основе переживаний и стремлений невротика лежит забота о собственном престиже, и главная задача врача в этом случае заключается в том, чтобы переключить интересы пациента с собственной персоны на интересы общества. «Я говорю пациентам, — писал Адлер, — вы можете вылечиться в две недели, если будете следовать предписанию: постарайтесь каждый день думать, как вы можете сделать кому-нибудь приятное».

* * *

Альфреда Адлера по праву считают основателем индивидуальной психологии, в основе которой лежит понимание каждого человека как интегрированной целостности, не отделенной от социальной среды.

Адлер одним из первых заложил основы «социальной ориентации» в лечении больного, создав тем самым базу для целого направления в психотерапии. Следует согласиться с мнением Wittels, который считает, что всех так называемых «неофрейдистов» (Эриха Фромма, Карен Хорни, Гарри Стека и др.) более справедливо было бы называть «неоадлерианцами».

ВИЛЬГЕЛЬМ РАЙХ: ПСИХОТЕРАПИЯ, ОРИЕНТИРОВАННАЯ НА ТЕЛО

Исторический очерк

Вильгельм Райх родился 24 марта 1897 г. в Галиции, входившей в ту пору в состав Австрии. Отец его, онемеченный еврей, был убежденным нацистом, своенравным, деспотичным человеком и требовал, чтобы в

семье говорили только по-немецки, хотя Вильгельм рос в окружении детей-украинцев. Мать была миловидной и слабохарактерной женщиной. Когда Вильгельму было 14 лет, она покончила жизнь самоубийством. Вильгельм тяжело переживал смерть матери, тем более что «по долгу совести» сам открыл отцу ее связь со своим домашним учителем, что и послужило причиной самоубийства.

Отец всего на три года пережил свою жену и умер от скоротечного туберкулеза легких. В возрасте 26 лет умер от туберкулеза младший и единственный брат Вильгельма.

Райх остался один, оставил дом, поступил на службу в австрийскую армию, стал офицером и воевал в Италии. Однако вскоре, поняв, что это не его призвание, он оставляет армию и в 1918 г. поступает на медицинский факультет Венского университета. Уже через год он становится членом Венского психоаналитического общества и начинает психоаналитическую практику.

В 1922 г., окончив университет, Райх принимает активное участие в организации в Вене первой психоаналитической клиники и позже становится ее вице-директором. В 1924 г. Райх становится директором Семинара по психоаналитической терапии, по существу первого учебного психоаналитического института, где проходили подготовку многие начинающие психоаналитики.

Все эти годы Райх был очень дружен с Фрейдом, был его первым клиническим ассистентом, но в 1927 г. наметился их разрыв. Основой для разрыва были марксистские убеждения Райха и его отличное от Фрейда понимание механизма неврозов. Райх настаивал, что в основе неврозов лежит дисгармония половых функций и, исходя из этого, успешно пропагандировал половое воспитание среди населения. В 1929 г. Райх вступил в коммунистическую партию и этим как бы подвел черту под своим идеологическим размежеванием с Фрейдом.

Однако политическая деятельность Райха пришлась не по душе не одному только Фрейду, но и большинству психоаналитиков Вены, и в 1930 г. Райх в связи со все обостряющимися разногласиями на этой почве переезжает в Берлин. Здесь началась его активная деятельность по

созданию клиник сексуальной гигиены для рабочих, организации кружков по половому воспитанию родителей и детей. Случилось так, что идеологические взгляды Райха стали неприемлемы для психоаналитиков, а прогрессивные преобразования в сексуальной области и психоанализ — для товарищей по партии. В результате Райх в 1932 г. был исключен из Германской коммунистической партии, а в 1934 г. ^— из интернациональной Психоаналитической ассоциации.

Разгулявшийся в Германии нацизм заставил Райха в 1933 г. эмигрировать в Данию. Жена (Анна Пинк) не поехала с ним по политическим убеждениям. В Дании Райх встретил балерину Эльзу Линденберг, которая потом стала его второй женой. Позже Райх за свои политические убеждения был изгнан из Дании и Швеции и нашел пристанище в Осло. Таким образом, всего за полтора года Райх был изгнан из трех стран, исключен из Коммунистической партии Германии и Психоаналитической ассоциации. Все это не могло не наложить отпечаток на его дальнейшее творчество.

В 1939 г. Райху предложили пост адъюнкт-профессора медицинской психологии в Нью-Йорке. Здесь он создает лабораторию по исследованию универсальной жизненной энергии — *оргона.* Райх полагал, что в любом живом организме присутствует жизненная энергия, которая сходна с либидо и которая при концентрации обладает лечебной силой. Он создал специальные аккумуляторы оргонной энергии, посредством которых лечил самые различные заболевания: рак, грудную жабу, астму, эпилепсию. Это вызвало негодование представителей ортодоксальной медицины, особенно официальных ее кругов. Райху было официально запрещено практиковать с его «оргонными аккумуляторами», но он не подчинился. Дело дошло до суда, и он был на два года заключен в тюрьму («за неповиновение суду»).

Райх умер от инфаркта миокарда в федеральной тюрьме в 1957 г.

Многие представления Райха базируются на теории психоанализа. Его понятие о «мышечном панцире» является разновидностью фрейдовского представления о «запретных механизмах», которыми *Эго* ограждает

себя от внешних и внутренних (инстинкты) воздействий. На фрейдовской концепции о либидо основаны и более поздние работы Райха о жизненной, или оргонной, энергии.

В определенный период на творчество Райха отчетливое влияние оказало учение Маркса. Он утверждал, что психоанализ — это «материалистическая наука, поскольку имеет дело с реальными человеческими потребностями и реальным человеческим опытом». Райх настаивал на том, что марксизм и психоанализ имеют много общего: первый направлен на критику экономических основ буржуазного общества, второй — на критику его моральных основ. Попытка Райха примирить психоанализ и марксизм, как уже было сказано, закончилась для него трагически.

Основные положения учения Райха

Характер и «характерологический панцирь».
Характер — индивидуальное состояние устойчивых психологических особенностей человека, обусловливающих типичный для данного объекта способ поведения в определенных жизненных условиях и обстоятельствах.
Фрейд впервые упоминает о характере в 1908 г. в своей работе: «Характер и анальный эротизм». Райх разработал это понятие и был первым аналитиком, интерпретировавшим природу и функции характера в работе с пациентом.
Райх полагал, что характер является для человека своеобразным «психологическим панцирем», защищающим его от многочисленных инстинктивных (в основном, сексуальных) импульсов. Он считал, что характер человека проявляется более полно в его мимике, жестах, поведении, нежели в словах. «Формы поведения и формы общения, — пишет Райх, — гораздо более существенны, чем то, что пациент говорит. Слова могут лгать. Способ выражения никогда не лжет».
Характерологические особенности в отличие от невротических симптомов более устойчивы, потому что воспринимаются индивидуумом как части собственной личности. Чтобы пациент осознал особенности своего характера, Райх часто имитировал его характерные жесты и

позы или заставлял пациента усиливать типичные для него интонации, **мимику и пр.**
Мышечный «панцирь». Райх считал, что психические процессы и черты характера имеют свои физические эквиваленты, проявляющиеся в походке, жестах, мимике, позе. Универсальным эквивалентом подавления эмоций является мышечная ригидность, **или** мышечный «панцирь». Расслабление (распускание) мышечного «панциря» освобождает блокированную либидозную энергию и помогает процессу психоанализа. Райх анализировал в деталях позу пациента, его физические привычки, чтобы дать ему осознать, как он с помощью мышечных «зажимов» подавляет те или иные чувства. Позже Райх пришел к выводу, что определенные мышечные «зажимы» тесно взаимосвязаны с определенными эмоциями. При снятии «зажимов» освобождаются эмоции, а при удовлетворении эмоций исчезают «зажимы». Хронический мышечный «панцирь» в первую очередь блокирует такие состояния, как тревожность, гнев и сексуальное возбуждение.
Для того чтобы «распустить» мышечный «панцирь», Райх рекомендовал разминать мышцы пациента руками, разработал комплекс специальных физических упражнений.
В более поздних своих работах Райх пришел к выводу, что психологический (характерологический) и мышечный «панцири» — это одно и то же, и служат они одной цели.
Биоэнергетика. Райх говорил об *оргоннической,* или *оргонной,* жизненной энергии, которая присуща всем живым организмам. «Космическая оргонническая энергия, — писал Райх, — функционирует в живых организмах как специфическая биологическая энергия. В этом своем качестве она управляет всем организмом и выражается в эмоциях, так же как и в чисто биофизических движениях органов».
Оргонная энергия, по мнению Райха, обладает следующими основными свойствами:
• она свободна от массы и не имеет инерции;
• присутствует всюду, хотя и в различных концентрациях;
• является средой электромагнитных и гравитационных воздействий;

• находится в постоянном движении и может быть наблюдаема в соответствующих условиях;
• в высокой концентрации привлекает к себе энергию из окружения, где она менее концентрированна;
• входит в образования («единицы»), являющиеся центром творческой деятельности (клетки, растения, живые организмы, планеты, звезды, галактики...).
Больше всего подвергалась критике ортодоксальной медицины именно оргонная теория Райха. Однако, как справедливо подчеркивает Kelley (1979), в науке нет ни одной серьезной работы, опровергающей эту теорию. В дальнейшем учение Райха об оргонной энергии нашло свое развитие в работах Александра Лоуэна, им же предложен и термин *биоэнергетика.*
Сексуальная культура и половое воспитание. Эти вопросы интересовали Райха всю его жизнь. Будучи еще студентом медицинского факультета, Райх под руководством Фрейда организовал семинар по сексологии. В дальнейшем он много работал по созданию сексуально-гинекологических клиник для рабочих Австрии и Германии.
Идеи Райха, касающиеся сексуальной культуры и полового воспитания, намного опережали время, поэтому не нашли поддержки у окружающих. Идеи эти в основном сводились к следующему: свободное предоставление контрацептивов всем женщинам; контроль за рождаемостью; отказ от особой значимости брака и свобода развода;
борьба с венерическими заболеваниями и сексуальными нарушениями путем организованного сексуального воспитания и образования; обучение врачей и учителей основам сексологии; лечение, коррекция, а не наказание сексуальных девиаций.
Следует помнить, что указанные положения были выдвинуты Райхом в начале 30-х годов, в то время когда Маргарет Зингер только что попала в тюрьму за пропаганду планирования деторождения в семейных парах.
Психотерапия, ориентированная на тело. Райх утверждал, что мышечный «панцирь» организуется в семь основных защитных сегментов, которые образуют ряд из семи приблизительно горизонтальных колец, расположенных под прямым углом к позвоночнику. Основные

кольца панциря располагаются в области глаз, рта, шеи, груди, диафрагмы, поясницы и таза. Это вызывает ассоциации с семью чакрами йоги.

По Райху, основные пути, по которым течет оргонная энергия, проходят в организме сверху вниз. Мышечный «панцирь» формируется под прямым углом к этим потокам и блокирует их. В этом случае мышечный «панцирь» играет роль смирительной рубашки для свободного потока энергии, а вместе с ним — и для свободного выражения эмоций.

Терапия состоит прежде всего в «распускании панциря» в каждом сегменте, начиная с глаз и кончая тазом. При этом используются следующие основные приемы:

• прямое физическое воздействие на хронические мышечные «зажимы» (массаж, давление, защипывание, разминание мышц);

• накопление энергии посредством глубокого резкого дыхания;

• анализ причин, способствующих усилению или «распусканию» мышечных «зажимов», проводимый совместно с пациентом.

Терапию начинают с глаз. Защитный «панцирь» в глазном кольце проявляется малой подвижностью лба, «пустым» выражением глаз, которые смотрят как бы из-за неподвижной маски. «Распускание» кольца осуществляется посредством физических упражнений для глаз, мышц лба путем максимального раскрытия век, свободного выразительного движения глазных яблок.

Оральный сегмент включает мышцы подбородка, горла, затылка. Челюсти могут быть или чрезмерно сжатыми, или неестественно расслабленными. Это кольцо подавляет такие проявления эмоций, как крик, плач, гнев, гримасничанье и т. д. Защитный «панцирь» сегмента может быть «распущен» посредством имитации плача, произношения звуков, мобилизующих губы, рвотных движений и прямого разминания соответствующих групп мышц.

Следующий сегмент включает в себя мышцы шеи и языка. «Панцирь» этого сегмента удерживает гнев, крик, плач. Прямое воздействие на глубокие мышцы шеи практически невозможно, поэтому основными приемами «рас-

пускания» этого кольца являются насильственный крик, вопли, рвотные движения.

Грудной сегмент включает широкие мышцы груди, мышцы плеч, лопаток, всю грудную клетку и руки. Сегмент блокирует смех, гнев, печаль, страстность. Кстати, заметим, задержка дыхания является универсальным средством подавления любой эмоции. «Панцирь» может быть «распущен» посредством специальных дыхательных движений (полный глубокий вдох), а также разминанием мышц плеч, предплечий и кистей.

Следующий сегмент включает в себя диафрагму, солнечное сплетение, мышцы спины. Чем выраженнее «панцирь» этого сегмента, тем больше выгнутость позвоночника вперед. «Панцирь» удерживает в основном сильный гнев. «Распускается» посредством дыхательных упражнений, рвотных движений и разминанием соответствующих групп мышц.

Напряжение мышц поясницы и живота связано со страхом нападения, с подавлением злости и чувства неприязни. «Распускание» этого сегмента сравнительно нетрудно при условии, что предыдущие сегменты уже «открыты».

Последний сегмент включает все мышцы таза и нижних конечностей. Тазовый «панцирь» ответственен за подавление сексуального возбуждения, гнева и удовольствия. «Панцирь распускается» разминанием мышц и специальными физическими упражнениями.

Приводим пример ортодоксальной райх-терапии (из книги О. Бина «Я и оргон». Нью-Йорк, 1971).

«Доктор Бейкер* сел за свой стол и указал мне на стул напротив... «Ну, — сказал он, — раздевайтесь, посмот-рим-ка на вас». С остекленевшими глазами я встал и начал раздеваться. «Вы можете остаться в шортах и носках», — сказал Бейкер к моему облегчению. Я сложил одежду аккуратной стопкой на стул у стены. «Ложитесь на кушетку», — сказал доктор...

Он начал щипать мускулы мягких частей плеч. Мне хотелось съездить по его садистской физиономии, одеться

* Е. Бейкер — один из ведущих терапевтов райховской школы в США.

и дать деру. Вместо этого я выдавил из себя «о-о-у». Потом промычал: «Больно».

— Не думаю, чтобы было больно, — сказал он.

— Больно, — сказал я и продолжал мычать свои «о-о-у».

— Теперь глубоко вдохните, — сказал он, положив ладонь одной руки мне на грудь и придавив ее второй рукой с большой силой. Боль была значительной. «Что, если кушетка проломится? — подумал я. — Что, если мой позвоночник лопнет или я задохнусь?»

Некоторое время я вдыхал и выдыхал, затем Бейкер нащупал мои ребра и начал их прощупывать и давить... Потом он тыкал и продавливал мой живот, нащупывая мышечные зажимы и узлы... Он двинулся ниже, милосердно обойдя мои жокейские шорты, и начал щипать и щипать мышцы внутренней стороны бедер. Теперь я понял, что плечам, ребрам и животу было совсем не больно. Боль была ошеломляющей, в особенности потому, что в этой области я никак не ожидал боли...

«Повернитесь», — сказал Бейкер. Я повернулся. Он начал с моей шеи и двигался вниз, безошибочным инстинктом находя каждый напряженный мускул... «Теперь снова повернитесь», — сказал доктор Бейкер, и я повернулся. «Хорошо, — сказал он, — вдыхайте и выдыхайте так глубоко, как вы только можете, и в то же время вращайте глазами, не двигая головой. Попробуйте посмотреть поочередно на каждую из четырех стен, переводите глазные яблоки из стороны в сторону так далеко, как можете». Я начал вращать глазами, чувствуя себя довольно глупо, но довольный уже тем, что он больше не мучает мое тело. Мои глаза вращались и вращались. «Продолжайте дышать», — сказал Бейкер. Я почувствовал нечто странно-приятное в глазах, легкий туман, похожий на эффект выкуренной палочки марихуаны. Этот туман начал распространяться по лицу, голове, потом по всему телу. «Хорошо, — сказал Бейкер, — теперь продолжайте дышать и ударяйте кушетку велосипедными движениями». Я начал ритмично поднимать и опускать ноги, ударяя

кушетку икрами. Бедра начали болеть, я ждал, когда он скажет, что достаточно, но он молчал. Я продолжал и продолжал, пока ноги мои не начали отва-

175

ливаться. Тогда постепенно я перестал чувствовать боль, и то же приятное туманное ощущение начало распространяться по всему телу, но гораздо более сильное. Я чувствовал себя, как будто ритм подхватил мои удары, которые не требовали от меня никаких усилий. Я чувствовал себя вознесенным, охваченным чем-то большим, чем я. Я дышал глубже, чем когда-либо до этого, и ощущал, как каждое дыхание проходит вниз по легким до таза. Постепенно я почувствовал себя восхищенным, перенесенным прямо из молочно-шоколадной бейкеровской комнаты в сферу гармонии. Я слился с астральным ритмом. Наконец я почувствовал, что пора остановить-ся...

На следующее после визита к доктору Бейкеру утро, в среду, я проснулся, проспав всего около пяти часов, и чувствовал себя бодрым. Кофе казался вкуснее, чем когда-либо, и даже мусор, плывущий по Ист Ривер, обладал легкостью и выстраивался в узоры. Это чувство продолжалось весь день — чувство благополучия и единения с миром. Тело было легким, приятные мурашки бегали вниз и вверх по рукам, ногам, туловищу, и это было приятно... Я ощущал легкое сексуальное возбуждение и нежность, мысль вообще о женщинах наполняла меня любовью...

Я начал раскручиваться в другую сторону. Приятные мурашки прекратились, начало преобладать чувство тревожности и возбуждения. Начали появляться коричневатые пятна, которые потом превратились в синяки, там где Бейкер щипал и тыкал меня...

Я забрался в постель, чувствуя, что мне холодно;

потянувшись за вторым одеялом, я понял, что холодно от страха. Я попробовал осознать свое чувство, как научился делать при психоанализе. Это был страх того рода, какого я не переживал раньше. Я вспомнил о марионеточном представлении, где куклы танцевали под музыку, вообразил «пляски смерти» скелетов, распадающихся на ходу. Я чувствовал себя так, будто сам начинаю распадаться. Беспокойство становилось ужасным, и я осознал, что непроизвольно напрягаю мышцы, чтобы «собрать» себя. Прекрасное чувство освобождения исчезло, его место заняло стремление держаться за жизнь. Мой «панцирь» — если это был он — казался старым дорогим другом. Люди

176

часто говорят, что лучше умереть на электрическом стуле, чем провести жизнь в тюрьме, — но узники не скажут этого. Жизнь в цепях лучше, чем никакой жизни, если речь идет не о теории.

Я понял, что мне понадобится все мужество, какое я сумею собрать, чтобы распустить защитный панцирь. «Я буду бороться с доктором Бейкером на каждом шаге пути, но я помню также, как чувствовал себя в течение тридцати шести часов после первого сеанса, я хочу этого больше всего на свете...»

«**Как** вы провели неделю?» — спросил Бейкер. Я рассказал. «Ваша реакция — сжимание после периода приятных ощущений — совершенно естественна, этого и следовало ожидать, — сказал он. — Вы не можете всегда сохранять эти прекрасные ощущения, но важно помнить их, чтобы иметь возможность идти к ним в работе. Это поможет вам пережить страх, который вы будете чувствовать по мере того, как панцирь распускается... »

В течение нескольких недель, по вторникам в два часа, я дышал и бил ногами кушетку. (Я понял, что грудь и дыхание прорабатывались прежде всего для того, чтобы мобилизовать энергию в теле, что должно способствовать раскрепощению панциря. Энергия накапливалась посредством вдыхания воздуха.) Теперь Бейкер заставлял меня бить кушетку не только ногами, но и кулаками. Я бил и лягал ее, и ритм возносил и восхищал меня... Чтобы начать распускать панцирь вокруг глаз, Бейкер взял карандаш и велел мне неотрывно смотреть на него. Он начал быстро вертеть его перед моими глазами разнообразными кругами, что заставило меня спонтанно смотреть в разные стороны. Это продолжалось минут 15—20, и результат был ошеломляющим. Глаза почувствовали себя свободно в голове, я мог ощущать прямую связь между ними и мозгом. Затем я вращал глазами, не двигая головой, сосредоточивая взгляд по очереди на каждой стене, когда взгляд касался ее. Все время, пока я это делал, я продолжал глубоко и ритмично дышать.

Бейкер заставил меня гримасничать и корчить рожи (я чувствовал себя дураком). Он заставлял смотреть меня подозрительным взглядом или выражать глазами страстное стремление. Все это привело меня к ощущению, что

177

я впервые использую свои глаза, и это было прекрасно... На следующий вторник вместо карандаша Бейкер взял ручку-фонарик. Он бросал мне в глаза пучки света, вращал их — это производило психологический эффект. Я следил глазами за линиями и фигурами, возникающими в темноте, это было поразительно. Я прямо-таки чувствовал, как мозги шевелятся у меня в голове. Бейкер вертел перед моими глазами фонарик минут 15, потом зажег свет, глубоко посмотрел мне в глаза и сказал: «Они прекрасно встают на место». Все, что он делал со мной, и все его суждения были не механическими, это возникало в результате способности человеческого существа войти в соприкосновение с чувствами и энергиями другого...

«Состройте мне гримасу», — сказал Бейкер, и я повернулся к нему с глупым косым взглядом. «Усильте это», — сказал он.

Я замер в выражении мерзкой кикиморы. «Что при этом вы чувствуете?» — спросил он.

— Не знаю, — соврал я.

— Должны же вы что-то при этом чувствовать!

— Ну, мне кажется, высокомерие.

— Вам кажется?

— В конце концов, черт возьми, все это куча дерьма... лежать здесь и вращать глазами!..

— Суньте же палец в глотку, — сказал Бейкер.

— Что? — сказал я.

— Пусть вас вырвет.

— Я перемажу вам всю кушетку.

— Можете, если хотите, — сказал он, — но продолжайте глубоко дышать при этом.

Я лежал, дыша глубоко, сунул палец в глотку, меня вырвало. Потом я сделал это снова.

«Продолжайте дышать», — сказал Бейкер. Моя нижняя губа задрожала, как у маленького ребенка, слезы потекли по лицу, я зарыдал. Я рыдал минуть пять, и сердце мое разрывалось. Наконец рыдания прекратились.

— С вами что-то произошло? — спросил Бейкер.

— Я подумал о маме, как я любил ее, я чувствовал, что никогда не смогу добраться до нее, я чувствовал безнадежность, мое сердце было разбито. Я мог переживать это впервые с тех пор, как я был маленьким. Это

такое облегчение — быть способным плакать, и совсем это не куча дерьма, я просто был испуган.

«Да, — сказал он, — это пугает. Вам нужно выпустить из себя еще много злости, много ненависти и гнева, а потом много желания и много любви. 0*кей, — сказал он, — до следующего раза».

И я поднялся, оделся и ушел».

*   * *

Идеи Райха, особенно его психотерапия, ориентированная на тело, явились одним из интереснейших направлений дальнейшего развития психотерапии.

Имеется много психотерапевтических методик с подобной ориентацией. Укажем только на некоторые из них.

Структурная интеграция, или рольфиит (по имени Иды Рольф, описавшей эту методику в 1920 г.). Рольфинг — это комплекс упражнений и непосредственных физических воздействий, направленных на растягивание фасций и придание телу пациента естественной гармоничной позы.

Техника Александера. Матиас Александер был австралийским шекспировским актером. Он страдал рецидивирующей функциональной афонией и в результате многолетних самонаблюдений (перед зеркалом) пришел к выводу, что периодические потери голоса связаны у него с давящим положением головы, отклоняющейся назад и вниз. Александер разработал комплекс упражнений, направленных на установление правильного положения головы по отношению к позвоночнику. Как только голова становилась «на место», афония у него исчезала. В дальнейшем (в конце XIX в.) Александер разработал психотерапевтическую методику, ориентированную на вытягивание позвоночника. Основная формула методики: «освободить шею, чтобы голова сдвинулась вверх и вперед, чтобы дать спине удлиниться и расправиться».

Метод Фельденкрайза. Моше Фельденкрайз, по образованию физик, сотрудничал с Александером, изучал йогу, фрейдизм и основал первую в Европе школу дзюдо.

Система Фельденкрайза основана на осознавании собственных движений, что позволяет телу двигаться с минимумом усилий и максимумом эффективности. Мышечная раскованность и умение управлять своими движениями в свою очередь приводят к эмоциональной раскованности, умению управлять чувствами.

ФРЕДЕРИК ПЕРЛС: ГЕШТАЛЬТ-ПСИХОЛОГИЯ И ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Исторический очерк

Фриц (Фредерик) Перлс родился в Берлине в 1893 г. в небогатой мелкобуржуазной семье. В своей автобиографии «Внутри мусорного ведра и снаружи» (1969) Перлс описывает свои постоянные «скандалы» с родителями. Учиться он не хотел и не любил. Дважды оставался в седьмом классе. Постоянно «воевал» с авторитетами. Тем не менее он окончил школу, а затем медицинский факультет Берлинского университета. После этого поступил на службу в армию и служил врачом до конца первой мировой войны. Затем снова возвратился в Берлинский университет, специализировался по психиатрии, а позже получил докторскую степень. Здесь же он выполнил свои первые работы и заложил основы гештальт-терапии.

В 1926 г. Перлс работает с Куртом Гольдштейном в Институте военных мозговых травм. Позже он отмечал, что именно там у него впервые сформировалось мнение о том, что человеческий организм нужно рассматривать не как конгломерат отдельных самостоятельно функционирующих частей, а как единое целое.

Примерно в эту же пору Перлс увлекается психоанализом, сам анализируется у Вильгельма Райха. Рядом с ним работают такие выдающиеся представители классического психоанализа, как Карен Хорни, Отто Фенихель, Элен Дейч и др.

В 1933 г., когда к власти пришел Гитлер, Перлс эмигрировал сначала в Голландию, а затем в Южную Африку, где основал Южноафриканский союз психоаналитиков. В 1936 г. ученый вновь приезжает в Германию, чтобы прочитать доклад на психоаналитическом конгрес-

се, и здесь впервые встречается с Зигмундом Фрейдом. Эта встреча длилась всего несколько минут и принесла Перлсу огромное разочарование. Может быть, именно этот факт сыграл решающую роль в решении Перлса отмежеваться от психоанализа и заняться новым направлением, которое позже получило название *гештальт-терапии.* Однако окончательный разрыв с психоанализом произошел лишь в 1946 г., после приезда Перлса в Соединенные Штаты.

В 1952 г. Перле основал в Нью-Йорке Институт гештальт-терапии. Позже он переезжает в Лос-Анджелес, а с 1964 по 1969 г. работает в институте Эсалена в г. Биг-Суре (штат Калифорния). Здесь Перле проводит семинары, ведет

терапевтические группы и курсы по обучению гештальт-терапии. Его теоретические взгляды и метод психотерапии начинают завоевывать широкую популярность. В 1969 г. он переехал в Канаду с намерением создать там Институт гештальт-терапии, а зимой 1970 г. его не стало. Умер Перле на Ванкувер-Айленд, в резиденции первого гештальт-терапевтического общества.

Большое влияние на формирование взглядов Перлса оказали психоанализ (прежде всего Фрейд и Райх), экзистенциализм, феноменология и, несомненно, гештальт-психология (Келер, Коффка, Левин, Гольдштейн, Вертгеймер и др.).

Первая работа, написанная Перлсом, — «Эго, голод и агрессия» (1917) не претендовала на создание новой теории личности, а представляла собой лишь робкую ревизию психоаналитической теории Фрейда. На первых порах расхождения во взглядах Перлса и Фрейда касались только психотерапевтических методик, а не основных теоретических положений Фрейда.

После окончательного разрыва с Фрейдом (1946 г.) сам Перле еще длительное время рассматривал свои поиски как ревизию фрейдизма.

Расхождение Перлса и Фрейда касаются прежде всего понятия об инстинктах. Как известно, Фрейд выделял всего две основные группы инстинктов (потребностей):
инстинкты, поддерживающие жизнь (сексуальные) и разрушающие жизнь (деструктивные).

Перле утверждает, что существует огромное количество потребностей, которые ощущаются, когда каким-то

образом нарушается психическое или физическое равновесие организма. Большинство из этих потребностей направлено на то, чтобы восстановить прежнее равновесие. По Перлсу, ни один инстинкт (сексуальный или деструктивный) не является основным. «Если жизнь индивидуума, — писал Перле, — оказывается под угрозой потому, что уровень сахара в крови слишком низкий, он будет искать пищу. Жизнь Шехерезады была поставлена под угрозу султаном, и этой угрозе она противопоставила тысячу и одну сказку». «Должны ли мы, — спрашивает далее Перле, — говорить о том, что она (Шехерезада) обладала «сказочно-рассказывательным» инстинктом?»

Это не единственное расхождение во взглядах Перлса и Фрейда; врозь идут также фрейдовский *катексис* и перлсовская *фигура на фоне,* фрейдовское *либидо* и перлсовское *основное возбуждение,* фрейдовская *свободная ассоциация* и перлсовский *континуум сознания,* фрейдовский *акцент на сопротивлении* и перлсовский *акцент на избегании сознания,* наконец, фрейдовский *терапевт, поощряющий перенесение,* и перлсовский *искусный фрустратор.*

Большое влияние на Перлса оказали работы ученика Фрейда — Вильгельма Райха. Райх ввел понятие о «телесном панцире», «телесной броне» как одном из физических проявлений психологической защиты от внутренних и внешних угроз организму.

Перлс заимствовал идею Райха о том, что сопротивление как часть защиты проявляется в невербальном поведении, в «языке тела», и развил ее далее в идею единства тела и психики.

Экзистенциализм, явившийся своего рода ответной реакцией на суровые годы двух мировых войн, полных жестокости, деморализации, бездуховности, рационализации и приведших в конечном итоге к моральному и экономическому кризису, способствовал введению в психологию представлений о свободе человека и его ответственности за формирование собственного внутреннего **мира.** Сам Перле считал, что современный ему образ чувствования и мышления переполнен прагматизмом и дегуманизирован. «Западный интеллект, — писал Перле, — становится проституткой ума... бледной и немощной под-

меной живой непосредственности, чувствования и переживания».
Перлс резко возражал против груборационального, механистического, естественнонаучного подхода к человеку. Он соглашался с экзистенциалистами, которые утверждали, что мир индивидуального опыта может быть понят только из его непосредственного описания, из уникальности его структуры. Перле был убежден, что встреча психотерапевта с пациентом — это встреча двух неповторимых человеческих личностей, а не разновидность классических стандартных отношений врача и больного.
Без преувеличения можно сказать, что экзистенциализм послужил основой для формирования Перлсом понятий о гуманистической психотерапии.
Экзистенциализм помог Перлсу отойти от классического психоаналитического подхода, когда основное внимание уделяется истории индивидуального развития. Вместо того чтобы искать корни проблем в прошлом своих пациентов. Перле начал всматриваться в настоящее, в то, как они приспосабливаются и живут в своем сегодняшнем мире. При таком подходе теория перестает быть только системой извлечения значимой информации из памяти. Перле считал, что информация, необходимая для терапевтического воздействия, содержится главным образом в непосредственном сиюминутном поведении пациента, в том, как он вступает во взаимодействие с психотерапевтом, как проявляет себя в этом взаимодействии (по принципу «здесь и теперь»).
Началом гештальт-психологии считают небольшую экспериментальную работу Макса Вертгеймера, которую он выполнил в 1912 г. с Вольфгангом Келером и Куртом Коффкой. Сущность этой работы заключается в том, что световые вспышки могут быть дифференцированы только в том случае, если экспозиция между ними не менее 0,06 секунды. Основной вывод из этой работы заключался в том, что части и целое — понятия относительные. Части составляют взаимосвязанное целое и не могут рассматриваться изолированно. Человек не воспринимает раздражители как сумму составляющих, а выделяет из них главное, необходимое ему в данный момент для саморегулирования и адаптации.

Один из учителей Перлса, Курт Гольдштейн, применил положение гештальт-теории в области мотивации поведения. Сам Перле распространил гештальт-теорию восприятия на изучение личности, использовав понятие *отношение фигуры и фона.*
Гештальт-психология помогла Перлсу понять важность феноменологии текущего опыта. Он стал осторожен в интерпретации бессознательного, фиксируя внимание на видимых (сиюминутных) проявлениях проблем пациентов.
В то время как экзистенциализм пытается объяснить, как люди переживают свое существование в данный момент, гештйльт-психология пытается ответить на вопрос, как они воспринимают свое существование.

Основные положения учения Перлса

Точный лингвистический эквивалент немецкому слову *гештальт* в русском языке найти трудно. Его можно перевести как *фигура, конфигурация.* Точнее — это специфическая организация частей, которая составляет органическое целое.
Основной принцип *гештальт-психологии* заключается в том, что анализ частей не может привести к пониманию целого, поскольку целое определяется не суммой, а взаимодействием и взаимозависимостью отдельных его частей. Отдельно взятая часть — только часть, и никакого представления о целом не дает.
Перле отвергал идею разделения тела и ума, разделения объекта и субъекта и, далее, разделения человека и среды. Из этого он делает очень важный для его времени вывод о том, что пропасти между душевной и физической деятельностью человека не существует.
Перле полагал, что сознание человека не может воспринимать окружающий мир однозначно, с одинаковой концентрацией внимания на всех деталях. Важные и значимые события, по Перлсу, занимают центральное место в сознании, образуя гештальт (фигуру), а менее важная в данный момент информация отступает на задний план, образуя фон.

Построение и завершение гештальтов является естественным ритмом жизнедеятельности организма и происходит под воздействием процесса организмической саморегуляции.
Перле очень верил в то, что он называл «мудростью организма». Он рассматривал здорового человека как саморегулирующееся существо. Одно из основных положений гештальт-теории заключается в том, что каждый обладает способностью достигать оптимального равновесия внутри себя и между собой и средой.
Полное равновесие соответствует четкой фигуре (гештальту); отклонение от равновесия ведет к разрушению фигуры, размыванию четких границ между нею и фоном.
«Любое нарушение организмического равновесия, — писал Перле, — составляет неполный гештальт, незаконченную ситуацию, заставляющую организм становиться творческим, находить средства и пути восстановления равновесия... Формирование фона, оказывающегося особенно сильным, временно принимает на себя управление всем организмом. Это основной закон организмической саморегуляции».
Фокус интересов Перлса больше сосредоточивался не на гештальт-психологии, а на гештальт-терапии.
Гештальт-терапия — это сложный синтез из психоанализа, экзистенциальной психологии, бихевиоризма (подчеркивание очевидного в поведении), психодрамы (отреагирование конфликтов), дзен-буддизма (минимум интеллектуализации и фиксирование на осознавании настоящего).
Основными понятиями гештальт-терапии являются:
отношение фигуры и фона, осознание потребностей и сосредоточение на настоящем, противоположности, функции защиты и зрелость.
Отношение фигуры и фона. В процессе саморегуляции здоровый человек из всего обилия информации выбирает ту, которая для него в данный момент наиболее важна и значима. Это фигура. Остальная информация временно отодвигается на задний план. Это фон. Нередко фигура и фон меняются местами.
Если человек испытывает жажду, то стол, уставленный любимыми яствами, будет только фоном, а стакан

воды — фигурой. Когда жажда будет удовлетворена, фигура и фон могут поменяться местами.
Отношение между фигурой и фоном — одно из центральных понятий гештальт-психологии. Перле применил это положение к описанию функционирования личности.
В его понимании фигура выступает в качестве доминирующей потребности, а ритмическая смена фигур и фона лежит в основе саморегуляции организма.
В качестве фигуры (гештальта) может быть желание, чувство или мысль, которые в данный момент преобладают над всеми остальными желаниями, чувствами и мыслями. Как только потребность удовлетворяется, гештальт завершается, теряет свою значимость и отодвигается на задний план, уступая место новому гештальту. Этот ритм формирования и завершения гештальтов является естественным ритмом жизнедеятельности организма, посредством которого он поддерживает свой динамический баланс, или гомеостазис.
Иногда потребность удовлетворить нельзя. В таком случае гештальт остается незавершенным, а поэтому не может быть отреагировал и уступить место другому. Такая неотреагированная потребность становится, по Перлсу, причиной многих незавершенных проблем, которые через некоторое время начинают оказывать воздействие на текущие психические

процессы. К примеру, если человек не выразил сразу и прямо свой гнев и злобу, то в последующем эти чувства не исчезнут совсем, а будут проявляться в более скрытых и коварных формах. Полная блокировка незавершенных гештальтов может привести к неврозу.

Задача гештальт-терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать свою потребность, сделать ее более четкой (сформировать гештальт) и в конечном итоге — нейтрализовать (завершить) ее.

Осознание потребностей и сосредоточение на настоящем. Основным условием, необходимым для того, чтобы сформировать и завершить гештальт, является способность человека осознавать себя и свою доминирующую потребность в данный момент. Осознание и сосредоточенность на потребности является важным принципом в гештальт-терапии, получившим название *здесь и теперь.*

186

«Нег ничего, — учил Перле, — кроме того, что есть здесь и теперь. Теперь есть настоящее... Прошлого уже нет. Будущее еще не наступило».

Рассматривая организм и среду как единое целое, Перле вместе с тем подчеркивал, что есть контактная граница между индивидуумом и его внутренней и внешней средой. У здорового человека эта граница подвижна. Поэтому возможны как контакт со средой, так и отход от нее.

Контакт сопровождается формированием гештальта, отход -- его завершением.

Движущей силой этого ритма (контакт — отход) Перле считал иерархию потребностей. Доминирующая потребность является гештальтом, на ограничение, завершение и нейтрализацию которого в данный момент направлены все усилия организма.

Для удовлетворения своих потребностей мы постоянно должны быть в контакте с зонами своего внутреннего и внешнего мира. Мы отвечаем на свои внутренние потребности, когда пьем, ощущая жажду. Мы отвечаем на свои внешние потребности, когда одеваем свитер, ощущая холод.

У невротиков эта саморегулирующаяся подвижность границ нарушается, и индивидуум сталкивается с конгломератом не до конца сформированных и незавершенных гештальтов.

Неврозы, считал Перлс, возникают в результате сосредоточения индивидуума на средней зоне за счет исключения событий, происходящих во внутренней и внешней зонах. Эту среднюю зону Перле называл *зоной фантазий.* Зона фантазий несет в себе незавершенные гештальты из прошлого, а поскольку деструктивная природа этих гештальтов проявляется в настоящем, то невротику трудно жить в этом настоящем. Перле утверждал, что корни невроза лежат в тенденции фантазировать и интеллекту-ализировать (умничать) там, где нужно просто осознать настоящее.

Саморегуляция организма зависит от степени осознания настоящего и от способности жить в полную меру *здесь и теперь*.

Смысл гештальт-терапии состоит не в том, чтобы исследовать прошлое в поисках замаскированных травм

187

(как считал Фрейд), а в том, чтобы помочь пациенту сфокусироваться на осознавании (awareness) настоящего.

Такие ключевые понятия перлсовской гештальт-терапии, как *организм как целое, здесь и теперь, как важнее, чем почему,* составляют основу и этапы осоз-навания. Перле ввел и развил понятие *континуума осознавания.* Поддержание континуума (непрерывности) осознавания кажется на первый взгляд очень простым. Нужно постепенно, от секунды к секунде, осознавать, что именно, какое событие в данный момент переживается. На деле это очень трудно: появляются посторонние мысли, ассоциации... и континуум прерывается.

Осознавать, по Перлсу, означает фиксировать внимание на постоянно возникающих и исчезающих в собственном воображении фигурах. Перле писал, что у человека существуют три зоны осознания: осознание себя (внутренняя зона), осознание мира (внешняя зона) и осознание того, что лежит между тобой и миром (третья зона). Исследование этой третьей зоны, зоны фантазий, Перле считал большой заслугой Фрейда. Однако Фрейд, по его мнению, фиксировался только на ней и недооценивал важность осознания первых двух зон — себя и внешнего мира.

Противоположности. Речь идет о тех внутренних сторонах явлений, которые одновременно и предполагают, и исключают друг друга. Противоположности не просто существуют, а находятся в состоянии постоянного противоречия, борьбы между собой. Борьба противоположностей составляет внутреннее содержание, источник развития действительности.

Этот закон диалектики нашел свое применение в гештальт-психологии. Каждый из нас может одновременно и любить, и ненавидеть своих близких, испытывать чувство радости и огорчения при завершении дела, которому посвятил часть своей жизни.

Важно понять, учит Перле, что эти противоположности не являются неприемлемыми, а, наоборот, помогают сформировать и завершить гештальт. Полностью осознавая противоположные полюсы своего *Я,* своих стремлений и желаний, мы более глубоко начинаем осознавать самих себя.

Противоположные стороны нашего *Я* в гештальт-терапии получили название *Нападающего и Защищающегося.*

Нападающий, аналогично фрейдовскому *сверх-Я,* характеризуется авторитарностью. Защищающийся всегда оправдывается, чувствует свою уязвимость, бессилие. «Как и каждая *пари родитель — ребенок,* они борются за власть друг над другом, стремятся контролировать друг друга».

Одна из задач гештальт-терапии — используя закон единства и борьбы противоположностей, помочь пациенту выделить фигуру из фона, завершить гештальт и снова возвратить его в фоновое окружение.

Функции защиты. Индивидуум реагирует на угрозу или стрессовую ситуацию посредством защитных реакций. Это может быть уход от проблемы, искусственная невосприимчивость к ситуации или даже болезнь (истерия). По существу, вся жизнь человека состоит из каких-то трудностей и защитных реакций на эти трудности. Можно привыкнуть к трудностям, можно, наоборот, привыкнуть к защитным реакциям и прибегать к **ним** даже в тех случаях, когда никакая реальная опасность не угрожает.

Здоровые люди, которые могут четко сформировать гештальт и провести грань между собственным *Я* и окружающей средой, на возникающие трудности реагируют адекватно.

При возникновении невроза защитные механизмы искажаются и препятствуют росту личности. Среди реакций, препятствующих росту личности. Перле выделяет четыре основные: реакцию слияния, ретрофлексию, интроекцию и проекцию.

При реакции слияния индивидуум не может дифференцировать себя от других, он не в состоянии четко определить, где оканчивается его *Я* и начинается *Я* другого человека. У таких людей граница собственного *Я* настолько размыта, что они с трудом отличают собственные чувства, мысли и желания от чужих. Слияние делает невозможным саморегулирующийся ритм контакта и отхода, что в свою очередь делает невозможным формирование гештальта.

По своей сути реакция слияния — это невротический механизм избегания контакта.

Ретрофлексия означает «обращение назад на себя» (Peris, 1973). При ретрофлексии граница между личностью и средой смещается в сторону личности.

Если попытка удовлетворить свою потребность встречает сопротивление, то ретрофлексирующий индивидуум вместо того, чтобы направить энергию борьбы на изменение среды, направляет ее на себя. У ретрофлексирующего индивидуума формируется отношение к себе как к постороннему объекту. Происходит разделение *Я* как субъекта и *Я* как объекта. Разделяя себя таким образом, ретрофлексирующий человек становится и субъектом и объектом своих действий. Все усилия такого человека направлены не на борьбу с внешними трудностями, а на самоосуждение, самобичевание, в лучшем случае — на коррекцию собственных эмоций и поведения.

Итроекция — тенденция присваивать себе убеждения, способы мышления и поступки других людей без критики и попытки сделать их своими собственными. В результате граница между *Я* и средой переносится, перемещается вовнутрь *Я.* Индивидуум настолько занят усвоением чужих убеждений, что ему не удается сформировать свою собственную личность. Все усилия такого человека направлены на примирение чужих идей, он буквально разрывается между **ними** на части. Примером интроекций могут служить родительские поучения, которые усваиваются ребенком без критического осмысления их ценности.

При гештальт-терапии очень важно отличать интроекций от собственных убеждений пациента. Корригировать можно только собственную позицию, чужую нужно осознать и отбросить.

Проекция противоположна интроекций. Граница между собственным *Я* и средой смещается в сторону среды. Проекция — это тенденция переносить собственные ошибки и ответственность за то, что происходит внутри *Я,* на других, на окружающую среду. Такой человек считает, что окружающий мир холоден и безразличен к нему, что именно он, этот мир, виноват в его неустроенности, безынициативности, неудачах.

В то время как интроецирующий субъект делает полем битвы свое Я, проецирующий — окружающий мир.

«Как» важнее, чем «почему». Перле считал, что каждое действие, каждый поступок могут иметь множество причин. Поэтому каузальный, причинно-следственный подход, по Перлсу, не в состоянии связать элементы чувствования и поведения в единое целое.

Перле считал, что каждый поступок — это гештальт, и более важно осознать, *как* совершается этот поступок, а не *почему* он совершается.

Зрелость. Перле определяет зрелость, или психическое здоровье, как способность перейти от опоры на среду и от регулирования средой к опоре на себя и саморегуляцию.

Для того чтобы достичь зрелости, индивидуум должен преодолеть свое стремление получать поддержку из окружающего мира и найти новые источники поддержки в самом себе.

Главным условием как для опоры на себя, так и для саморегуляции является состояние равновесия. Условием достижения этого равновесия является осознавание иерархии потребностей. Основной составляющей равновесия является ритм *контактов* и *отходов,* Саморегуляция опирающегося на себя индивидуума характеризуется свободным протеканием и отчетливым формированием гештальта. Таков, по мнению Перлса, путь к зрелости.

Здесь нам хочется процитировать Перлса. Вот что он писал во введении к книге «Гештальт-терапия дословно» (Peris, 1969): «Есть только один путь к зрелости, это:

становиться реальным, учиться иметь позицию, развивать собственный центр, понять основу экзистенциализма: роза, которая есть роза, есть роза. Я есть то, что я есть, и в этот момент я не могу быть ничем иным, кроме того, что я есть. Вот о чем эта книга. Я даю вам гештальтистскую молитву, может быть, она будет вас направлять. Молитва гештальт-терапии такова: «Я делаю свое, а ты делаешь свое. Я в этом мире не для того, чтобы соответствовать твоим ожиданиям, а ты в этом мире не для того, чтобы соответствовать моим. Ты есть ты, а я есть я. А если нам случиться найти друг друга — это прекрасно. Если нет, этому нельзя помочь».

Если индивидуум не достиг зрелости, то он, вместо того чтобы попытаться самому удовлетворить свои потребности и брать ответственность за свои неудачи

на себя, более склонен манипулировать своим окружением.

Зрелость наступает тогда, когда индивидуум мобилизует свои ресурсы для преодоления фрустрации и страха, возникающих из-за отсутствия поддержки со стороны окружающих. Ситуация, в которой индивидуум не может воспользоваться поддержкой окружающих и опереться на себя самого, называется *тупиковой.* Зрелость заключается в умении пойти на риск, чтобы выбраться из тупика. Некоторые люди, не способные (или не желающие) идти на риск, на долгое время берут на себя защитную роль «беспомощного» или «дурачка».

Понятие *зрелость* связано с понятием *социальное созревание.* Большинство современных молодых людей в социальном отношении взрослеют очень медленно. Точнее, многие молодые люди не спешат становиться взрослыми и брать на себя их обязанности. «Трагедией позднего повзросления» назвал это явление Ю. Н. Давыдов (1983). Petrovic (1986) говорит о «социально незрелой личности».

Проблема эта не нова, но особенно актуальной она стала примерно три-четыре десятилетия тому назад, когда на горизонте впервые замаячили длинноволосые, неопрятные, отрешенные от мира юноши-подростки, именующие себя «битниками»; потом появились «хиппи», «бойкеры», «гамлеры», «панки», «металлисты» и др. При внешней непохожести всех их объединяет один общий признак — нежелание трудиться.

Стараясь подвести какую-то теоретическую базу под проблему «загадочной молодежи», одни социологи объясняют это упорное нежелание молодых людей взрослеть психологическим конфликтом отцов и детей, другие — конфликтом между молодежью и обществом, третьи — конфликтом нового поколения с современной культурой и цивилизацией в целом.

Статус взрослого человека дает определенные права, в том числе право на половую жизнь, право распоряжаться материальными ценностями, временем, право реализовать свои жизненные установки и т. д. Но статус взрослого одновременно накладывает ряд обязанностей и обязательств, среди которых на первом месте — обязанность

трудиться и обязательство отвечать за себя и за свои поступки перед обществом.

Основные корни «трагедии позднего повзросления» заключаются в принципиальном нежелании определенной части молодежи принимать на себя обязанности взрослых. Однако это не означает, что они одновременно отказываются от прав и привилегий взрослых. Совсем наоборот: именно эта часть молодежи очень рано экспроприирует у взрослых их права и привилегии, даже не задумываясь об их связи с соответствующими обязанностями и обязательствами.

Перле полагал, что для достижения зрелости и принятия ответственности за самого себя человек должен тщательно, как бы снимая кожуру с луковицы, проработать все свои невротические уровни.

Первый уровень — *клише* — характерен стереотипностью и конформностью поведения. Второй уровень — *искусственный,* где доминируют роли и различные игры. На этом уровне человек, пытаясь получить поддержку, манипулирует другими. Далее — уровень *тупика,* который характеризуется отсутствием поддержки и неумением в достаточной мере опереться на себя. Следующий уровень — *внутренний взрыв.* Только на этом уровне серьезно затрагивается истинное *Я,* «похороненное» до этого под толстым слоем «защиты».

Некоторые упражнения гештальт-терапии предполагают искусственное создание тупика и риск как путь выхода из него.

Целью гештальт-терапии является пробуждение организмических процессов пациента путем поощрения осознания и продвижение по направлению достижения зрелости.

Методики и упражнения гештальт-терапии направлены на расширение сознания, интеграцию противоположностей, усиление внимания к чувствам, работу с мечтами, принятие ответственности за самого себя и преодоление сопротивления. (Все эти методики будут рассмотрены в разделе « Гештальт-терапия ».)

УИЛЬЯМ ДЖЕЙМС И ПСИХОЛОГИЯ СОЗНАНИЯ

Исторический очерк

Уильям Джеймс родился в 1842 г. в состоятельной американской семье. В детстве вместе с родителями он жил в Нью-Порте, Нью-Йорке, Париже, Лондоне, Женеве, Булони, Бонне.

В 1862 г. Джеймс поступил в Гарвардский университет. Он увлекался живописью, музыкой, занимался поначалу химией, потом анатомией. В 1865 г. Джеймс оставил университет и отправился в увлекательную экспедицию по Амазонке, но через год решил возвратиться в Гарвард. В 1869 г. он окончил университет, получил степень доктора медицины, но работать по специальности не стал... Вероятно, в этот период он перенес глубокую депрессию, потому что за год совершил несколько попыток к самоубийству. Однако через год Джеймс снова вернулся в университет и начал читать там психологию и философию.

В 1890 г. вышла его книга «Принципы психологии», а затем два сборника его лекций: «Воля к вере» (1896) и «Разговор с учителями» (1899), принесшие ему всемирную известность. Основные работы Джеймса: «Принципы психологии», «Разнообразие религиозного опыта», «Прагматизм».

В своих исследованиях Джеймс всегда старался быть предельно объективным и беспристрастным в интерпретации фактов. Эпиграфом ко всем его исканиям могут служить слова Пьера Лапласа: «Мы так далеки от знания всех сил

природы и различных способов их действия, что недостойно философа отвергать феномены только на том основании, что они не выразимы на нынешнем уровне знаний.

Основные положения учения Джеймса

Психология сознания. Джеймс был очень разносторонним ученым. Иногда в его взглядах просматривались явные противоречия. Он знал об этом и называл такой способ познания «плюралистическим мышлением». Джеймс также легко мирился и с чужими взгляда-

ми, противоречащими его собственным* считая, что психология еще не стала зрелой наукой и не располагает достаточными знаниями, чтобы формировать окончательные законы восприятия, чувствования, раскрыть природу сознания. Не без доли юмора он писал в те годы: «Единственное, что психология имеет право постулировать, так это сам факт мышления как такового».

Джеймс вводит понятие о *личном сознании,* утверждая* что не может быть сознания, не зависимого от его владельца. Каждая мысль, по его мнению, уникальна. Человек не может продуцировать в точности одну и ту же мысль дважды.

Он был убежден, что мышление — это непрерывный процесс. Отдельные, преходящие мысли или даже обрывки мыслей — это цепочка (или поток) непрерывного мышления, связанного с сознанием. Мышление нарушается (прерывается) только в том случае, если нарушается (прерывается) сознание.

Сознание по Джеймсу, селективно: оно выбирает то, что для индивидуума наиболее значимо в данный момент. Эти идеи Джеймса перекликаются с понятием Перлса о гештальтах.

Состояния сознания многочисленны и многообразны. Мы знаем свое сознание так же мало, как космос. «Все тенденции моего образования, — писал Джеймс, — убеждают меня в том, что мир нашего теперешнего сознания — это лишь один из многих существующих миров сознания, и что эти другие миры должны содержать опыт, который так же значим для нас, как и тот, что привычен для нас».

Еще задолго до современных исследователей (Шерток, Эриксон и др.) Джеймс утверждал, что гипноз, экстрасенсорные связи, медитация — это не что иное, как различные формы состояния сознания.

«Изменения состояния сознания, — писал Джеймс, — могут вызываться гипнозом, медитацией, психоделиками, глубокой молитвой, сенсорной депривацией, могут быть результатом острого психоза. Их может вызывать депривация сна или пост, их часто переживают эпилептики и люди, страдающие мигренью. Измененное сознание может быть вызвано гипнотической монотонней, как в одиночных полетах на большой высоте. Резкие измене-

яия сознания могут быть вызваны электронной стимуляцией мозга, упражнениями по изменению альфа- и тета-ритмов, изоляцией, световой стимуляцией (вспышки света с определенной частотой)».

Изучая сознание, Джеймс много экспериментировал с психотомиметиками (психоделиками), с закисью азота («веселящий газ»). Эти исследования стали более интенсивными, когда в 1943 г. швейцарский химик Альберт Хофман синтезировал диэтиламид лизергиновой кислоты (LSD-25).

Проведенные исследования с этим психотомиметиком дали Джеймсу основание прийти к окончательному заключению о том, что «наше нормальное бодрствующее сознание... лишь один тип сознания, а вокруг него, отделенные туманным экраном, существуют потенциальные формы сознания, совершенно иные».

Обычное («бодрствующее») сознание характеризуется тем, что вы знаете, кто вы есть; чувство тождественности при таком сознании устойчиво и резко выражено. Любое отклонение от твердых Эго-границ — симптомы нарушения сознания, патология. При приеме психотомиметиков границы эти нарушаются.

«В нормальном», или обычном, состоянии сознания, — пишет другой видный психолог Графт, — индивидуум воспринимает себя существующим в определенных границах своего физического тела, и его восприятие окружающего мира ограничено физическими определенными возможностями экстрарецепторов».

При приеме психотомиметиков в некоторых случаях субъект переживает растворение его обычных Эго-границ. Его сознание и самосознание расширяются до состояния, включающего другие индивидуумы и элементы внешнего мира.

Из этого Джеймс делает довольно смелый вывод: «Возможно, — говорит он, — что некоторые из различий, которые мы проводим между собой и остальным миром, условны».

Редкие случаи «мистического» сознания (видение богов и т. п.) при появлении психотомиметиков стали обычным состоянием. Джеймс назвал эти состояния *трансперсональным, опытом.* Джеймс считал, что трансперсональный опыт позволяет предположить, что приро-

да и механизм сознания более адекватно описываются в терминах современной физики (пространство — время; многомерность пространства), нежели в статических терминах (понятиях) ортодоксальной психологии.

Биологическая обратная связь* Речь идет о применении кибернетического понятия *обратная связь* к биологии. (Котел с термометром и термостатом — классический пример технической системы с обратной связью.)

Прощупывая у себя пульс, вы осуществляете обратную связь со своим организмом. Если человек располагает точной и конкретной информацией о физиологических процессах своего организма и осознает это, он может сознательно управлять этими физиологическими процессами. Практика подтверждает, что тренированные люди могут управлять своими физиологическими процессами (температура тела, артериальное давление) только «силой мысли».

Известно, что существуют произвольные <и непроизвольные функции организма. При определенной тренировке эти различия исчезают: человек становится в состоянии контролировать как произвольные, так и непроизвольные функция. Этим, завершает свою мысль Джеймс, объясняются многие «чудеса» таинственного Востока.

Джеймс определил волю как сочетание внимания и «воления» (желания). Решающим в регуляции непроизвольных функций организма у тренированных людей является внимание, а не желание. Желание может быть активным и пассивным. Пассивное желание — это определенное состояние сознания, в котором человек овладевает обратной биологической связью. Пассивное желание — это внимание без усилий. Сначала человек при тренировке «старается» повысить температуру рук, потом он «старается не стараться», а вот когда человек перестает «стараться», он овладевает секретом обратной биологической связи.

В жизни нас учат «добиваться цели», «стараться», «быть упорными», т. е. добиваться того, чего мы хотим. Это не всегда полезно и эффективно. Пример — акт уринации.

Джеймсовское *понятие об активном и пассивном «волении»* легло сейчас в основу практики медитации и аутогенной тренировки.

Медитация. Это усмирение, утихомиривание посредством фокусирования сознания на предметах, звуках, рисунках и т. д. Существуют сотни техник медитации;
многие из них применяются с лечебной целью.

Джеймс сравнивал сознание с течением реки. Сейчас принято трактовать сознание как ряд параллельных потоков. Концентрируясь на одном из этих потоков, можно целенаправленно изменять сознание.

Считалось, что сознание наполнено только мыслями, несущими в себе содержание (информацию). Опыт медитации, отмечает Джеймс, показал, что изменение сознания может менять не только содержание, но и форму мысли. Если человека можно научить управлять машиной, ставить диагноз, то точно так же он может научиться произвольно изменять и контролировать свое сознание.

Гипноз. Джеймс рассматривал гипноз как одну из форм измененного сознания и использовал его как инструмент исследования сознания. Можно, например, внушить отсутствие боли или галлюцинации. Кто в этом случае управляет сознанием? Прежде всего — гипнотизер. Но лабораторные исследования и клинические наблюдения показали, что отношения между гипнотизером и гипнотизируемым намного сложнее, чем могут показаться на первый взгляд. Прежде всего отношения этих двух людей, считал Джеймс, кооперативны. Другими словами, пациент верит гипнотизеру и поэтому готов следовать его внушениям. Сознаем ли мы при этом источник внушения? Джеймс на этот вопрос отвечает утвердительно. В какой-то мере мы находимся под гипнотическим воздействием рекламы, телевидения.

Гипноз, по Джеймсу, — это форма измененного сознания, характеризующаяся высшей степенью селективности в отношении того, что допускается к сознанию в данный момент. С углублением гипноза меняется, а порой и отпадает способность самоотождествления. Утрачивается чувство времени, осознание собственного тела, пространства... Коммуникация между гипнотизером и гипнотизируемым сохраняется, но уже на новом уровне сознания последнего.

Экстрасенсорное восприятие и сознание. Большинство психологов до недавнего времени избегали исследовать вопросы, связанные с парапсихологией. Сам термин «па-

рапсихология» свидетельствует о том, что определенный круг вопросов вынесен за рамки научной психологии. К кругу этих вопросов относится и экстрасенсорное восприятие.

Один из видных современных психологов Тарт считает, что «одна из трудностей, не позволяющих многим ученым принять существование экстрасенсорного восприятия, состоит в том, что она не имеет смысла с точки зрения того, что мы знаем о физической вселенной. У нас нет подходящих теорий, пригодных моделей или каких-либо общепринятых объяснений этим феноменам».

Учение о формах измененного сознания явилось новой волной интереса к парапсихологическим феноменам, хотя сам Джеймс неоднократно подчеркивал тот факт, что «к подобным парапсихологическим феноменам часто примешивается обман».

КАРЛ РОДЖЕРС И ТЕРАПИЯ, ЦЕНТРИРОВАННАЯ НА КЛИЕНТЕ

Исторический очерк

Карл Роджерс родился 8 января 1902 г. в Оук-Парке (штат Иллинойс, США) в состоятельной и религиозной семье, которая, несомненно, наложила отпечаток на его характер. Уже много лет спустя он писал:
«Отношение к людям в нашей семье можно представить следующим образом: другие люди ведут себя сомнительным образом, который нашей семье не подобает. Многие из них играют в карты, ходят в кино, курят, танцуют, пьют, занимаются другими делами, которые и назвать-то нельзя».

Студенческая жизнь в Висконсинском университете изменила представление Роджерса о существующем укладе жизни. «Впервые в моей жизни, — писал он, —- я нашел вне семьи реальную близость и интимность». Со второго курса университета он начал готовить себя в священники. Однако вскоре понял, что это не его жизненная стезя... Окончил он свое образование выпускником факультета психологии Колумбийского университета.

После этого Роджерс почти 12 лет работал в Рочестере (под Нью-Йорком) в Центре для трудновоспитуемых детей и подростков. Характерно, что именно здесь Роджерс перешел от формального, директивного подхода в воспитании и психотерапии к тому, что он позже назовет *психотерапией, центрированной на клиенте.*
В этот период Роджерс написал книгу «Клиническая работа с проблемным ребенком» (1939). Книга принесла автору широкую известность и должность профессора психологии в университете Огайо.
Новая книга «Консультации и психотерапия» (1942) — и новые возможности. В 1945 г.Чикагский университет предоставил ему право создать Консультативный центр, директором которого он оставался до 1957 г.
В 1951 г. была опубликована его основная книга:
«Терапия, центрированная на клиенте». В книге он утверждал, что основной направляющей силой в терапевтическом процессе должен быть не терапевт, а сам клиент. Эти идеи Роджерса подверглись резким нападкам со стороны критиков, привыкших к мысли о том, что ведущую роль в лечении больного должен играть врач.
В 1957 г. Роджерс перешел в Висконсинский университет в Медисоне, где читал психиатрию и психологию.
С 1963 г. он работает во вновь основанном Западном институте поведенческих наук (г. Ла-Иолла, штат Калифорния), где организует Центр по изучению личности. Здесь же зародилась практика работы с энкаунтер-группами, давшей начало новому направлению в психотерапии.

Основные положения учения Роджерса

Карл Роджерс учил, что люди постоянно, даже помимо своей воли, занимаются самопознаванием. Для него было наиболее важно, как человек воспринимает не внешнюю реальность, а свой внутренний мир. В этом, несомненно, сказывалось влияние экзистенциализма. Реальность, окружающий мир для Роджерса существуют только как символы; главное же, что формирует восприятие этого мира, заложено в самом человеке.
«Слова и символика так же относятся к миру реальности, — писал Роджерс, — как карта к территории,

которую она представляет... Мы живем по воспринимаемой карте, которая никогда не есть сама реальность».
Самость. Большинство психологов используют термин *«самость»* для обозначения неизменной части личности. Для Роджерса самость — это представление о себе, которое постепенно меняется в процессе развития личности. «Самость — это организованный гештальт, постоянно находящийся в процессе формирования». Это только «стоп-кадр», искусственно выделенный из непрерывного процесса, который невозможно зафиксировать.
Идеальная самость — это представление о себе как об идеале. *Истинная самость* отличается от идеальной. Степень этого различия определяет уровень дискомфорта личности и может вызвать невротическое состояние.
«Принятие себя таким человеком, каким ты .действительно являешься, а не таким, каким ты хотел бы быть,— учит Роджерс, — есть признак душевного здоровья». Идеальная самость может быть конечной целью развития личности, но не причиной душевного конфликта. Наше идеальное *Я* чаще всего проявляется повышенной амбициозностью, обостренным самолюбием. Это может быть движущей силой в процессе развития личности, но может быть и причиной невротического срыва.
Роджерс вводит понятие *условие ценности.* Это своего рода мерило истинного *Я.* Гиперопека или гипоопека родителей — это прежде всего неправильный выбор условий ценности в отношениях со своими детьми.
Еще труднее определить условие ценности для самого себя. Но когда это удается, когда у человека хватает интуиции и мужества правильно оценить себя, свои возможности — это залог душевного комфорта и путь к дальнейшему развитию личности. Часто же равновесие между самостью и реальностью нарушается, что ведет к усилению защитных реакций.
Терапия, центрированная на клиенте, стремится создать атмосферу, в которой факторы, деформирующие личность, могут быть устранены, а здоровые силы самости — прийти в равновесие и привести к выздоровлению.
Социальные отношения. Основное в учении Роджерса — это роль и значение межличностных отношений как в механизме развития невроза, так и в процессе выздоровления. Роджерс полагал, что только во взаимоотноше-

ниях с другими людьми человек в состоянии раскрыть и осознать свое истинное *Я.* Главное — умение найти в себе силы и возможность разрушить барьер, препятствующий межличностному контакту.

«Я полагаю, — писал Роджерс, — что основной барьер, мешающий общению между людьми, — это наша естественная тенденция судить, оценивать, одобрять или не одобрять утверждение другого человека или другой группы».

Семья — одна из форм межличностных отношений. Роджерс полагал, что в семье действуют те же законы, что и в энкаунтер-группе.
Отношения в браке, по Роджерсу, основываются на четырех основных условиях: постоянно поддерживаемых обязательствах друг перед другом; выражении чувств;
неприятии специфических ролей (искренность); способности понять и разделить внутреннюю жизнь партнера.

Поддерживание обязательств. Партнерство рассматривается не как контракт, а как динамический процесс, направленный на удовлетворение не только своих потребностей, но и потребностей партнера по браку. Семья — это работа ради своих и общих целей. И только совместные усилия в этой нелегкой работе, утверждает Роджерс, обогащают любовь и укрепляют семью.

Выражение чувств. Роджерс настаивает на полной открытости в выражении чувств и интимной жизни. Но речь идет не о любых чувствах, а именно о чувствах, оказывающих позитивное воздействие на партнера. Это труднее, чем просто «выпустить пар» или быть «правдивым, честным человеком».

Неприятие ролей. Развал семьи очень часто происходит от попыток навязать одному из супругов (или обоим) ту роль, которая сформирована как стереотип в семье родителей. Роджерс учит супружескую пару «жить по собственному выбору, с наибольшим организмическим чувствованием, на которое вы способны, а не формироваться под влиянием понятий, правил, рамок, которые другие хотят вам навязать».

Способность понять и разделить внутреннюю жизнь партнера. Основана на умении понять и принять самого себя таким, каков ты есть на самом деле. Но одной правильной самооценки для семьи мало —

нужно в той же мере понять и принять своего партнера по браку. Тогда появляется возможность осознать и разделить его внутреннюю жизнь. Сказанное касается не только супругов, но в еще большей степени — взаимоотношений родителей и детей.

Терапия, **центрированная на клиенте.** Основные положения нового подхода в психотерапии, предложенного Роджерсом, сводятся к следующему.

• Сам клиент всегда стремится к выздоровлению. Карл Менингер (1933) достаточно метко подметил, что «роджеровское утверждение относительно врожденного стремления к здоровью содержит большую половину истины». Роль терапевта, считает Роджерс, заключается в том, чтобы использовать это стремление и направить клиента по нужному пути.

• Терапия акцентируется больше на эмоциональных аспектах, нежели на интеллектуальных.

• Терапия больше опирается на непосредственную конкретную ситуацию (по принципу *здесь и теперь),* а не на прошлый опыт индивидуума.

• Терапия ориентирована на инициативу самого клиента и помогает человеку разрешить свою проблему с минимумом участия со стороны терапевта.

Терапия называется *центрированной на клиенте* потому, что клиент сам определяет и осуществляет те изменения в своем поведении и состоянии, которые ему представляются необходимыми, и настолько, насколько ему самому это кажется необходимым. Новый подход к терапии, по мнению Роджерса, заключается как раз в том, что клиент сам в состоянии осознать свои проблемы и решить их.

Роджерс неоднократно подчеркивал, что нередко «вмешательство компетентного профессионала любого рода враждебно личностному росту». Конечно, это утверждение дискуссионно. Есть заболевания, где прямое вмешательство врача просто необходимо (неотложная помощь), но что касается пограничных нервно-психических расстройств, то здесь использование резервных возможностей пациента, да еще и при активном его участии — наиболее короткий и верный путь к выздоровлению.

Личность терапевта. «Ключи к исцелению, — писал Роджерс, — находятся у клиента, но терапевт должен

обладать определенными личностными качествами, способными помочь клиенту научиться использовать эти ключи».

Ученый вводит еще одно понятие: *терапевт, центрированный на клиенте.* Чтобы обрести доверие клиента, учит Роджерс, врач должен быть тем, что он есть на самом деле, а не играть роль терапевта.

Это близко тому, что Маслоу называет «даосской любовью» — любовью, которая не предлагает, не ограничивает и не определяет. Это обещание принимать клиента таким, каким он кажется. Такое отношение (терапевт — клиент) подобно отношению учителей восточных школ, которые, видя божественное в каждом человеке, могут относиться ко всем с одинаковым уважением и состраданием.

Терапевт, центрированный на клиенте, должен уметь поддержать в клиенте уверенность в его внутренних силах, утвердить в нем веру в свои способности к самосовершенствованию. А для этого, утверждал Роджерс, нужно чувствовать внутренний мир клиента, как свой собственный.

Энкаунтер-группы. В некоторых источниках это понятие переводится как *группы столкновения,* хотя более приемлемый перевод — *группы встреч.*

Переход Роджерса от теоретических концепций терапии, центрированной на клиенте, к энкаунтер-группам был естественным и неизбежным. Одно его утверждение о том, что выздоровление клиентов зависит от них самих, а не от терапевта, вело к созданию групп, способствующих самоизлечению.

Создание энкаунтер-групп смело можно считать началом нового направления в практической психотерапии. До сих пор многие считают, что групповая психотерапия возникла в результате дефицита времени у врача и финансовых расчетов, и что в искусственно созданных группах пациентов применяются те же самые методы, что и при индивидуальной психотерапии. На самом деле это не так.

Заслуга Роджерса заключается в том, что он один из первых раскрыл механизм воздействия группы на личность и личности на группу. Он ввел понятие *процесс встреч* и изложил свое понимание механизма этого про-

цесса в монографии «Карл Роджерс об энкаунтер-груп-пах» (1970).

Контакт в группе начинается с общего знакомства, с «хождения вокруг да около». Когда выясняется, что члены группы сами должны определить, чем они будут заниматься, наступает период разочарования. Этот период межличностных отношений проявляется сопротивлением самовыражению и самораскрытию. «Члены группы, — пишет Роджерс, — стремятся показать друг другу свое «публичное Я», и лишь постепенно, боязливо и амбивалентно они

предпринимают шаги, чтобы обнаружить нечто из своего «приватного Я». Сначала члены группы более склонны обсуждать события и переживания из прошлого, и только позже переходят на настоящее. Роджерс считает, что прошлый опыт безопаснее и менее подвержен критике или сочувствию,чем настоящий.

Когда группа начинает работать по принципу *здесь и теперь,* вначале почти всегда проявляются негативные чувства. Роджерс полагает, что глубокие позитивные чувства выразить гораздо труднее и опаснее, так как они менее защищены, чем негативные. Сказать «я вас люблю» всегда труднее, чем «я вас ненавижу».

Когда этап негативизма прошел и группа при этом не распалась, начинает формироваться климат доверия. Члены группы начинают идти на осознанный риск, появляется лично значимый материал. Члены группы начинают доверять друг другу свои истинные чувства, как негативные, так и позитивные.

Реакция группы на искреннее раскрытие одного из пациентов чаще всего бывает неоднозначной, но всегда несет в себе, по принципу обратной связи, исцеляющий потенциал. То, что опытный терапевт делает за долгие месяцы, группа может сделать в течение одной встречи.

«Этот род способности, — писал Роджерс, — проявляется столь определенно в группах, что они привели меня к чувству, что способность к исцелению или терапии гораздо более распространена в человеческой жизни, чем мы предполагаем».

По принципу групповой обратной связи человек в ответ на реакцию группы в состоянии лучше осознать свои чувства, свои поступки, свое отношение к окружающим.

Постепенно в группе возникает нетерпение к защитам. Иногда деликатно, а то и прямо группа начинает требовать, чтобы каждый ее член был самим собой, не скрывал своих истинных чувств и намерений. Общение на таком уровне ведет к вскрытию бессознательного, к формированию и отреагированию гештальтов. Другими словами, общение на таком уровне ведет к исцелению. Группа чаще всего не понимает механизмов исцеления» а идет к этому интуитивно.

Крайнюю (полюсную) форму групповой обратной связи Роджерс называл *конфронтацией.* Конфронтация может быть как негативной, так и позитивной. За конфронтацией обычно следует катарсис. Роджерс считал, что «каждая волна негативных чувств, каждая вспышка страха вызывает вслед за собой выражение позитивных чувств и поддержки».

Если группа поддерживает своего члена даже в том случае, когда он высказывает негативные чувства, то это говорит о ее зрелости. Такая группа в состоянии оказать на своего члена воздействие, изменить его взгляды о себе, лучше осознать себя. В свою очередь если группа успешно демонстрирует возможности принимать и осознавать негативные чувства, не отстраняя человека, который их выражает, то члены группы становятся более открытыми, у них повышается способность к самоосознанию, к саморегуляции, а это уже путь к исцелению.

*   * *

Метод энкаунтер-групп, созданный Роджерсом, дал начало широко распространенной сейчас групповой недирективной психотерапии.

Карла Роджерса по праву можно считать одним из родоначальников гуманистической психологии и психотерапии. Как работы И. П. Павлова или Зигмунда Фрейда нашли в свое время широкий отклик среди ученых и общественности, так как отвечали насущной потребности понять внутренние механизмы человеческой природы, так и работы Карла Роджерса сейчас особенно созвучны времени, потому что они ориентированы не на авторитарность, а на демократические, гуманистические идеи в психиатрии и психотерапии.

БАРРХУС Ф. СКИННЕР И РАДИКАЛЬНЫЙ БИХЕВИОРИЗМ

Исторический очерк

Баррхус Фредерик Скиннер родился в маленьком городке в Пенсильвании (США) в 1904 г. Увлекался механикой, физикой, изобретательством (изобрел сигарету без никотина). Окончил Гамильтонский колледж. Хотел стать писателем, но из этого ничего не вышло. После нескольких лет бесплодных занятий литературой он поступает в Горвардскую высшую школу на отделение психологии. Получив докторскую степень в 1936 г., Скиннер в течение 9 лет преподает психологию в Манчестерском университете.

Скиннера никогда не покидала мысль о закономерностях поведения человека. В 1938 г. он опубликовал книгу «Поведение организмов». По сути дела, мысли, изложенные в этой книге, заложили основу всех его дальнейших исследований.

В начале 40-х годов Скиннер переехал в Горвард, где прожил многие годы. Здесь он создал великолепную лабораторию и полностью отдал себя изучению законов поведения человека.

В этом одаренном человеке всегда жили одновременно и эспериментатор, и писатель, и ученый. В 1945 г. он, например, изобрел «воздушную колыбель», в которой ребенок мог вести себя естественным образом, не стесненный пеленками и распашонками. В 1949 г. Скиннер написал роман «Уолден-2», где описал идеальное, по его мнению, общество.

Среди нескольких известных монографий Скиннера можно отметить такие, как «Наука и человеческое поведение» (1953), «Собрание записей» (1959), «Технология обучения» (1968), «О бихевиоризме» (1974).

Истоки идей Скиннера нужно искать прежде всего в дарвинизме. Он полагал, что человек в своем развитии и поведении подчиняется тем же законам, что и животное. Скиннер был в числе тех, кто допускал наличие у высокоорганизованных представителей животного мира способности «мыслить и поступать разумно». Однако это мнение так и осталось спорным.

207

Несомненное влияние на творчество Скиннера оказали работы американских психологов Дж. Уотсона и Э. Тол-мена. Для того чтобы правильно оценить роль Джона Уотсона* в развитии науки о психике, следует возвратиться к той традиционной психологии, основы которой были заложены еще в XVII в. Декартом и Локком и которая сформировалась к началу XX в.

Основными постулатами психологической науки того времени были следующие.

• Психика отождествлялась с сознанием.

• Область сознания противопоставлялась всей остальной действительности и отделялась от нее «пропастью». Поэ-

* Уотсон (Watson) Джон (1878—1958) — один из основоположников бихевиоризма как самостоятельного направления в психологии. Работал в Чикагском университете. В 1903 г. защитил докторскую диссертацию, посвященную влиянию внешней среды на поведение белых крыс. В 1908 г. переходит в Университет Джона Гопкинса в Балтиморе, где до 1920 г. заведует лабораторией и кафедрой экспериментальной сравнительной психологии. В 1913 г. Уотсон опубликовал свою программную работу «Психология с точки зрения бихевиориста» (Psychology Rev. 1913. N XX. P. 158—177), где он формулирует основные понятия и задачи бихевиоризма. Им же введен в практику и термин *бихевиоризм* (от англ. *behavior* — поведение) — наука о поведении. В 1914 г. вышла книга Уотсона «Поведение. Введение в сравнительную психологию», в 1925 г. — «Биохевиоризм», в 1928 г. — «Пути бихевиоризма».

В 1915 г. Уотсон был избран президентом Американской психологической ассоциации. Его перспективы как ученого и преподавателя не вызывали сомнений, но в 1920 г. по семейным обстоятельствам Уотсон был вынужден уйти в отставку и до 1928 г. занимался рекламным бизнесом.

За сравнительно короткий период научной деятельности (17 лет) Уотсон оказал большое влияние на существовавшую систему взглядов на ортодоксальную психологию и заложил основы ее нового направления — бихевиоризма.

В конце 20-х годов редакция БСЭ обратилась к профессору Дж. Б. Уотсону с просьбой написать статью о бихевиоризме. Эта специально написанная статья (БСЭ. 1930. Т. 6) была откровением для большинства читателей и послужила мощным стимулом для развития отечественной науки о поведении.

208

тому остро стояла психофизическая, и в частности психофизиологическая, проблема.

• Единственным прямым методом исследования психики (сознания) являлся индивидуальный субъективный метод самонаблюдения *(интроспекция).*

В главной своей работе «Психология с точки зрения бихевиориста» Уотсон выступил с революционными идеями, опровергающими эти постулаты.

Содержание его идей сводилось к следующему.

• Утверждение традиционной психологии о том, что объект ее изучения — явление сознания, а интроспекция — единственный прямой метод исследования, ошибочно.

• Психология с бихевиористической точки зрения есть чисто объективная, экспериментальная область естественной науки, которая нуждается в интроспекции в той же степени, что и другие науки (химия, физика и т. п.).

• Отказ воспринимать состояние сознания как самостоятельный (и единственный) объект исследования уничтожает барьер, который существует между психическим и физическим, между психологией и другими науками.

Уотсон считал, что «с точки зрения бихевиориста подлинным предметом психологии (человека) является поведение человека от рождения до смерти». Явления поведения, по Уотсону, могут быть наблюдаемы точно так же, как и объекты естественных наук. В основу изучения поведения может быть положена формула *стимул — реакция.* Например, прикосновение к роговой оболочке глаза ~ стимул, а мигание — реакция. Основная задача бихевиориста заключается в изучении самого факта поведения, возможностей его прогнозирования, а в конечном итоге — в управлении поведением. Задача же физиолога, по Уотсону, при изучении того же явления сводится «к определению соответственных нервных связей, их направления и числа, продолжительности и распространения нервных импульсов и т. д.». Бихевиоризм этой области не затрагивает, как не затрагивает он и проблему физико-химическую.

Уотсон считал, что законы поведения человека формируются в основном под влиянием внешней среды. «Церковь, школы, брак — словом, все вообще исторически возникшие институты, — писал Уотсон, — не могли бы

209

существовать, если бы нельзя было предсказать — в самом общем смысле этого слова — поведение человека; общество не могло бы существовать, если бы оно не в состоянии было создать такие ситуации, которые воздействовали бы на отдельных индивидов и направляли **их** поступки по строго определенным путям».

Дальнейшую разработку идеи Уотсона получили в работах его современника, професора Калифорнийского университета Эдварда Чейса Толмена (1886—1959).

Толмен (Tolmen) считал возможным сочетание бихевиоризма с глубинной психологией (Фрейд), гештальт-психологией (Вертгеймер) и другими направлениями в психологии.

Формула Уотсона *стимул — реакция* является, по мнению Толмена, наивной и недостаточной для описания поведения, так как сводит его лишь к совокупности элементарных ответов на стимулы. Такая трактовка поведения лишает его своеобразия и индивидуальности. «Молекулярному» понятию поведения Уотсона Толмен противопоставил понятие, которое он назвал «молярным» поведением. Основой поведения, по Толмену, является целенаправленный акт, использующий мускульные движения, организованные вокруг цели и направляемые когнитивными моментами.

На основании многолетних экспериментов на крысах с использованием хитроумных лабиринтов, в конце которых находилась кормушка, Толмен выдвинул представление о системе «внутренних процессов», вклинивающихся между стимулами и реакциями и детерминирующих поведение. В процессе многократно повторяющихся экспериментов животное «учится» устанавливать смысловые связи между стимулами, с одной стороны, и ответными реакциями — с другой. В конечном счете в результате научения организм образует «когнитивную карту» всех знаков в ситуации лабиринта и затем ориентирует свое поведение в нем с помощью этой «карты».

Большое значение на развитие бихевиоризма имели работы И. П. Павлова и В. М. Бехтерева. Еще Уотсон в конце 20-х годов писал: «В своей первоначальной форме бихевиоризм основывался на недостаточно строгой теории образования привычек. Но вскоре на нем сказалось влияние работ Павлова и Бехтерева об условных секре-

210

торных и двигательных рефлексах, и эти работы, в сущности, и дали научное основание бихевиоризму».
Скиннер считал себя учеником и последователем И. П. Павлова. Он писал: «Условные рефлексы Павлова — выделение слюны не только на вид пищи, но и на вспышки света — казалось, давали ключ к пониманию законов поведения и управления ими**.** Однако дело оказалось намного сложнее».

Несомненное влияние на формирование научного мировоззрения Скиннера имели идеи функционализма и прагматизма Дж. Дьюи, философские работы Эрнеста Мааха, Жюля Пуанкаре. По Скиннеру, «бихевиоризм — это особое направление философской науки; это не наука о человеческом поведении, это философия такой науки». Сила бихевиоризма, считал он, в умении ставить вопросы;
ответы на эти вопросы — дело будущего. Главное — это полностью очиститься от метафизики, всяких «жизненных флюидов», «астральных сил» и т. п.
Эта крайняя точка зрения, несомненно, нуждается в переосмыслении с современных позиций, но, к сожалению, мы часто прибегаем к ней и в наши дни, подвергая «среднестатистической обработке» сложные поведенческие процессы и находя в отклонениях от этих «средних величин» биологические закономерности или, что еще сложнее, законы поведения (например, девиантное поведение, суициды и т. п.).

Основные положения учения Скиннера

Научный анализ поведения. Поведение, как любой другой феномен, может быть исследовано естест-веннонаучными методами. Оно имеет свои закономерности, а потому предсказуемо и управляемо.

Личность определяется Скиннером как сумма *паттернов (реакций)* поведения. Каждая поведенческая реакция основана на предыдущем опыте и генетическом коде. По сути, Скиннер не признает личность как изолированную самость, и это приближает его учение к буддизму. В его понимании личность — это сумма обусловленных реакций. Но в отличие от буддизма, где на первый план выступают чувственные реакции, бихевиоризм рассматривает поведенческие реакции личности.

211

Таким образом, Скиннер делал акцент на исследование исключительно поведения человека. Это обедняет его теорию, так же как и рефлекторную теорию Бехтерева — Павлова.

Обусловливание и подкрепление. *Реактивное обусловливание* — это рефлекторное поведение. Организм автоматически отвечает на стимул: тело потеет при высокой температуре; зрачок расширяется в темноте и т. п. И. П. Павлов открыл, что прямой стимул может быть обусловлен. Слюна выделяется не на вид пищи, а на звонок, но при условии, что эти два раздражителя много раз сочетались. Условные рефлексы легко прививаются, но легко и исчезают. На этом основан механизм воздействия.

И. П. Павлов изучал реакции на прямой и опосредованный (условный) раздражители, иными словами, условные и безусловные рефлексы.

Скиннера больше интересовал процесс, который следует за реакцией, — *оперативное обусловливание.* Это нечто большее, чем реакция, это один из механизмов поведения. «Оперативное обусловливание, — писал Скиннер, — это не дергание за ниточки, чтобы человек танцевал, это определенное устройство мира, в котором человек будет делать нечто, что повлияет на мир, а это, в свою очередь, повлияет на самого человека».

Оперативное обусловливание лежит в основе обучения. Поощряя или наказывая, можно сформулировать определенный стереотип поведения. И не только у животных (дрессировка), но и у людей.

Подкрепление — это любой стимул, увеличивающий вероятность определенной (заранее запрограммированной) реакции. Это может быть кусочек сахара (пряник) или кнут. Другими словами, подкрепление может быть как позитивным (пряник, деньги, похвала), так и негативным.

Скиннер считал, что позитивные и негативные стимулы формируют и регулируют поведение. Он утверждал, что «все поведение можно расценивать как обусловленное сочетание позитивных и негативных стимулов». Это особенно наглядно при дрессировке животных. У людей это более завуалированно, но суть остается той же. Деньги и пища — основные

212

позитивные подкрепления. Боль» страх и голод — основные негативные подкрепления.
У человека мощным стимулом подкрепления является еще и слово. Поэтому к базовым подкреплениям присоединяются, с одной стороны, власть, слава, а с другой — страх, унижение и т. п.
Объяснительные фикции. Когда не понимают истинных причин поведения, их объясняют *ложными (фиктивными) механизмами.* Наиболее распространенными фикциями являются: «автономный человек», «свобода», «достоинство».
Скиннер считает, что фикции оказывают людям «медвежью услугу», так как маскируют истинные механизмы поведения.
Автономный человек — это понятие, относящееся к внутренним факторам. Это второе Я, внутренний голос, видимость спонтанности. На самом деле в наличии все та же оперантная обусловленность, но вытесненная в бессознательное.

Свобода — тоже фикция. Точнее, замена истинных причин поведения фиктивными. Например, поведение в постгипнотическом состоянии. Человек, подвергшийся гипнозу, уверен, что исполняет внушенное ему поведение по собственной воле, а на самом деле выполняет волю гипнотизера. Гипнабельный человек не помнит, а поэтому не осознает механизма внушения, зато гипнотизер знает цену этой «свободе действий».
Скиннер справедливо считает, что чувство свободы — еще не есть свобода. Более того, репрессивные методы управления поведением возможны как раз в тех случаях, когда они усиливаются «чувством свободы», другими словами, не контролируются и не ограничиваются. Человек, по аналогии с постгипнотическим поведением, выполняет «чужую программу действий», будучи уверен, что делает все осознанно и по собственной воле.
Достоинство (репутация, мнение, похвала) — столь же тонкая фикция, что и свобода. Плохая и хорошая репутация — это еще не знание истинных механизмов поведения, а, скорее, их оценка. Но оценка часто очень условная.
Мы отказываем в хорошей репутации кашлю, чиханию, рвоте, хотя они могут быть полезны. Мы поощряем благотворительность, но если узнаем, что она — лишь

средство уменьшения подоходного налога, отрицаем ее. Убийство само по себе отвратительно, но убийство врага или самооборона приемлемы. Самоубийство вообще оценивается христианами отрицательно, но самоубийство по альтруистским мотивам — положительно.
Скиннер считает, что «нужно отказываться от оценок, от хулы или похвалы, а изучать механизмы поведения».
Творчество — часть «внутреннего фактора». Скиннер отрицает спонтанность этого процесса. По его убеждению, творчество — не более чем метафизический ярлык. Оно всегда социально обусловлено. Просто поэт не всегда осознает свою предысторию.
«Творчество — продукт генетической истории и среды». В этом Скиннер созвучен с Самуэлем Батлером, который сказал однажды, что «поэт пишет стихотворения, как курица несет яйца, и оба чувствуют себя лучше после того, как сделали это».
Многие политические и экономические деятели любят прикрывать свое поведение словами о «благе народа», «свободе совести» и т. п. Это часто крикуны, скрывающие истинные механизмы; своего поведения, и ничего, кроме вреда, не приносящие окружающим людям. Еще хуже, если такой лидер уверен, что он живет и действует «по совести», «во имя народа», то есть функционирует неосознанно, как в постгипнотическом состоянии. Цель ученого — изучить истинные механизмы поведения и дать им правильную оценку.
Управление поведением. Прогнозировать поведение — значит не предсказывать, а изучать его механизмы. Скиннер считал, что ключ в управлению поведением — в изучении и изменении среды.
Если мы научимся изменять среду, то научимся управлять поведением. Не нужно притворяться, что поведение людей («народа») неуправляемо. Иначе мы всегда будем во власти тиранов (или бога). Механизм управления поведением не так уж сложен: поощрение — наказание; «хорошо» — «плохо».
На современном этапе развития науки Скиннер рассматривает организм человека как черный ящик. Известны вход (раздражитель) и выход (поведение). Что делается внутри ящика — во многом представляется загадкой. Он отдавал должное учению И. П. Павлова о процессах

«возбуждения и торможения», о «застойных очагах» и т. п., но считал, что этого недостаточно для анализа поведения.
Исследуя оперантное обусловливание, Скиннер пришел к следующим выводам.
• Обусловливание чаще всего происходит вне сфер сознания. Наше индивидуальное восприятие зависит от прошлых восприятии (культура, традиции), а также от опыта. Они наслаиваются друг на друга и создают базу для поведения, которую мы часто не осознаем.
• Обусловливание поддерживается вне сознания. Действительно, многие наши решения и связанные с этим поведенческие реакции связаны с неосознанным восприятием. К примеру, если вы будете вырабатывать условный рефлекс на звонок и электроток, то палец будет реагировать на звонок (и у человека, и у животных). Тело учится как бы само по себе, не подключая сознание.
• Обусловливание тогда наиболее эффективно (и выходит на новый уровень), когда элементы неосознанного соединяются с сознательным (неосознанное осознается).
Социальные отношения. Бихевиоризм не рассматривает социальные отношения как особый род деятельности. Скиннер считает, что в социальном поведении нет ничего, что отличало бы его от всякого другого поведения. Для него характерно лишь то, что во взаимодействие вступают два человека или более. Поведение индивида зависит от поведения окружающих его людей.
Большое внимание Скиннер уделяет «вербальному обществу». В социальных отношениях именно оно больше всего способствует обратной связи. Ваше поведение зависит не только от того, что вы сделали (сказали), но и от того, что сделали (сказали) в ответ.
Программированное обучение. Работы Скиннера заложили психологические и методологические основы современного программного обучения.
С помощью компьютера ученику предлагается определенное утверждение. Ученик активно реагирует на это утверждение и дает ответ. Тут же осуществляется обратная связь (машина дает правильный ответ). Иногда компьютер дает несколько ответов, отличающихся по степени правильности. В таком случае обратная связь усложняется. Но один ответ всегда правильный.

Скиннер широко пользовался в обучении понятиями *дискретности* и *непрерывности.* Каждая единица материала дискретна, но она обязательно входит в общий материал (фобия — навязчивый страх, но это симптом невроза; невроз — раздел пограничных состояний; невроз и психопатии — понятия сопряженные и т. д.)
Скиннер одним из первых, исходя из идей бихевиоризма, стал пропагандировать пользу программированного обучения с помощью компьютеров. И имел для этого веские аргументы:
• каждый учащийся работает в своем темпе (холерик — быстро, флегматик — медленно);
• ученик переходит к более сложному материалу лишь тогда, когда усвоил более простой;
• благодаря имеющемуся правильному ответу «ученик всегда прав», у него нет чувства ущербности («садись, бездарь, двойка»);
• ученик постоянно активен и получает немедленное подтверждение своего успеха;
• вопрос всегда сформулирован квалифицированно и в такой форме, что ученик понимает его суть;
• ответы машины всегда имеют иерархию точности, дают возможность выбора, носят обучающий характер.

При программированном обучении меняется роль преподавателя, так как за содержание программы и достоверность ответов отвечает составитель.

*

* *

Бихевиориальная психотерапия занимается в основном поведением пациента (поведенческая психотерапия) и в меньшей мере — его внутренним миром. Это не означает, что внутренний мир пациента выпадает из сферы внимания бихевиориста и совсем его не интересует. Его задача — создать для пациента «неугрожающую аудиторию», где он мог бы рассказывать все, что думает, «поплакаться в жилетку» и т. д. Однако терапевт не заинтересован в поощрении именно такого поведения пациента.

Бихевиорист занимается обучением таким способам поведения, которые исключают дискомфорт, неадекват-

216

ную реакцию или болезнь. Он прежде всего серьезно работает с симптомом (фобия — девиантное поведение), считая, что симптом и есть составная часть болезни. Бихевиорист использует известные методы обучения:
«хорошо — плохо», поощрение — наказание. Он вырабатывает условные рефлексы, а главное, использует такой мощный рычаг, как оперативное обусловливание. К особенностям бихевиориальной психотерапии можно отнести следующее.
• Терапевт учит пациентов реагировать на жизненные ситуации так, как они хотели бы на них реагировать (это роднит бихевиориальную терапию с недирективной).
• Бихевиориальная терапия не пытается изменить эмоциональную суть отношений и чувство личности.
• Вихевиориальная терапия занимается симптомом, а не стоящей за ним проблемой. По сути, это симптоматическая психотерапия.
• Главное в работе терапевта-бихевиориста — это изменение поведения пациента. Регулятором этого изменения (управление поведением) служит позитивный, а не негативный стимул. Последнее имеет принципиальное значение, так как объясняет в определенной мере низкую эффективность обучения в школе и вузах, неэффективность перевоспитания в тюрьмах, лечения психопатии или алкоголизма в нашей системе здравоохранения и т. п.
Многие утверждают, что условно-рефлекторная терапия алкоголизма — это и есть бихевиориальная терапия. Это не совсем так. Условно-рефлекторная терапия — лишь часть бихевиориальной терапии. Методики Джекобсона, Вольпе, Дунлопа и другие несколько более раз-носторонни, но и они мертвы без понимания теоретической базы бихевиоризма. В свою очередь, бихевиоризм основан не только на физиологии центральной нервной системы.

*

* *

Работы Скиннера создали целое направление в психологии и психотерапии. Он любил повторять, что если мы начнем иначе смотреть на поведение человека, то и с самим человеком начнем обращаться иначе.

217

Конечно, в учении Скиннера не все гладко и бесспорно. Так, его критикуют за прагматизм и бездуховность. Идеи, подкрепляющие оперативное обусловливание, не так универсальны, как учение об условных рефлексах, но они создают базу для эффективных психотерапевтических методик.

В одной из своих последних книг («За пределами свободы и судьбы», 1971) Скиннер писал: «Я полагаю, что главным вознаграждением бихевиоризму является то, что люди влюблены в свой ментальный аппарат. Если вы говорите им, что ничто не существует реально, что это — фикция, если вы предлагаете вернуться к фактам, вы вынуждаете их изменить своей первой любви».

Естественно, что даже такие имена, как Фрейд, Юнг, Адлер, В. М. Бехтерев, Райх, Перле, Джеймс, Роджерс, Скиннер, не исчерпывают всей плеяды ученых, заложивших основы современной психотерапии.

Остались в тени Эрих Фромм с его неофрейдистской социальной философией, Абрахам Маслоу с его психологией самоактуализации и идеями трансперсональной психологии... Этот ряд имен, вписанных в историю психологии и

психотерапии золотыми буквами, можно продолжать еще очень долго. Мы уже не говорим о'таких восточных философско-религиозных направлениях, как йога, дзен-буддизм, суфизм, — кладези, из которых мы еще долго будем черпать мудрость бытия и находить истоки развития современных теорий психологии и психотерапии.

Современная клиническая психотерапия является достаточно сильным средством воздействия на психику и поведение человека. Поэтому, как всяким сильнодействующим средством, ею нужно пользоваться осознанно, осторожно, с учетом всех имеющихся показаний и противопоказаний. В свою очередь такой подход к клинической психотерапии невозможен без углубленного изучения ее истоков и фундаментального знания ее теоретических основ.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Метод рациональной психотерапии предложен в начале XX в. швейцарским невропатологом Дюбуа, который полагал, что многие нервно-психические расстройства, в частности неврозы, являются следствием неправильных представлений ошибочных умозаключений, а поэтому излечиваются преимущественно посредством логических доказательств и переубеждений больного.

«Рациональной психотерапией, — писал Дюбуа в своей книге «Психоневрозы и их психическое лечение» , — я называю ту, которая имеет своей целью действовать на мир представлений пациента непосредственно, а именно путем убедительной диалектики».

По своей сути метод Дюбуа является вариантом, а точнее сказать, реставрацией сократовского метода воздействия на больного посредством логики и дидактики. Раньше этот метод лечения называли «сократовскими беседами».

В России рациональной психотерапией занимался В. М. Бехтерев (1911), называя ее разъяснительной, С. И. Консторум (1962), а в последние годы — И. С. Павлов (1980), Д. В. Панков (1975, 1985) и др.

Сам термин *рациональная психотерапия* (от лат. rationalis — разумный) не совсем удачен, так как и другие методы психотерапии предусматривают «разумный» подход к лечению больного. Принимать его необходимо с определенной долей условности, но изменять, по-видимому, не имеет смысла, так как он достаточно глубоко укоренился и в литературе, и в практической психотерапии.

Некоторые авторы (Панков, 1985) стараются усмотреть разницу между разъяснительной и рациональной психотерапией в том, что первая опирается в основном на дидактические приемы, а вторая — на законы формальной логики. Различия эти условны, а разделение психо-

терапии на рациональную и разъяснительную, на наш взгляд, является искусственным.

Основой рациональной психотерапии несомненно является *логическая аргументация.* Кроме того, метод включает в себя *разъяснение, внушение, эмоциональное воздействие, изучение и коррекцию личности, дидактические и риторические приемы.*

Разные люди по-разному относятся к своему заболеванию. Одни склонны переоценивать его опасность, другие, наоборот, недооценивать. Причин здесь много: это и медицинская неграмотность, и рентная установка, и неосознанная защитная реакция. Одной из задач рациональной психотерапии является создание в сознании больного правильного представления о его заболевании.

К примеру, одного человека нужно убедить в том, что он болен алкоголизмом и ему нужно лечиться, а другому, наоборот, следует разъяснить, что пьянство и аморальный образ жизни еще не есть болезнь. И. С. Павлов (1980) считает, что при проведении рациональной психотерапии алкоголизма врач совместно с пациентом должен выяснить следующие основные вопросы: Как оценивает себя пациент? Каким он хочет быть в оценке окружающих? Каков он на самом деле? Какой ущерб ему наносит алкоголь? В результате у больного формируется правильное самосознание, самооценка, что повышает эффективность проводимого противоалкогольного лечения.

В наши дни, когда на человека обрушивается поток информации, он часто сталкивается с незнакомыми медицинскими понятиями и терминами. В результате у него нередко возникают ложные суждения, которые в свою очередь могут стать предпосылкой к появлению болезненного состояния (ятрогении, дидактогении).

Особенно часто невротические состояния возникают в тех случаях, когда у больного есть какое-то (пусть самое незначительное) соматогенное заболевание. Такие заключения, как «вертикальное положение оси сердца», «опущение почки», «миокардиодистрофия» и т. п., декомпенсируют человека до такой степени, что он становится нетрудоспособным.

Эмоциональная окраска болезненных переживаний может наслоиться на личностные особенности пациента, который, кроме того, может иметь установку на болезнь,

неблагоприятное социальное окружение и т. п. В этих случаях больной всегда ждет от врача подтверждения своей точки зрения на болезнь, и иная ее оценка вызывает выраженную негативную реакцию. Поэтому врач должен быть хорошо осведомлен в той области медицины, которая является предметом обсуждения, уметь четко сформулировать предмет обсуждения, а главное — убедительно аргументировать свою точку зрения, опираясь на данные объективного

обследования пациента. Необходимо разъяснить больному результаты анализов, рентгенологических, электрокардиографических и энцефалографических исследований. Грамотный анализ объективных данных всегда более убедителен для больного, чем обычные приемы логического рассуждения, но для этого сам врач должен хорошо разбираться в прикладных областях медицины, в частности в функциональной диагностике.

Одно дело, когда больному с болями в области сердца сказать, что эти боли «носят функциональный характер», и совсем иное — сделать тот же вывод на основании анализа электрокардиограммы. Для больного это не только веский аргумент в пользу отсутствия органического поражения сердца, но и повод лишний раз убедиться в компетентности врача. Можно не сомневаться, что больной, длительное время страдающий болями в сердце, побывал уже не у одного кардиолога и прочел массу специальной литературы.

В процессе рациональной психотерапии очень важно выработать у больного разумное, адекватное отношение к своему заболеванию. Это трудный и длительный процесс. Один больной, зная, что он тяжело болен, до последнего часа сохраняет трудоспособность, а другой при пустяковом недомогании теряет бодрость духа и «уходит в болезнь». В этих случаях необходимо избавить больного от неопределенности, неясности и внушить ему уверенность в выздоровлении, надежду на благоприятный исход заболевания.

Таким образом, стержнем рациональной психотерапии является правильная, доступная пониманию больного трактовка характера, причин возникновения и прогноза заболевания. Это в свою очередь способствует формированию у больного адекватного отношения к своей болезни.

СУБЪЕКТИВНАЯ КАРТИНА БОЛЕЗНИ

Понимание больным своей болезни еще называют *внутренней картиной болезни.* Правильнее, однако, говорить о *субъективной картине болезни.* Это понятие скорее социально-психологическое, чем клиническое. Его не следует смешивать с психическими расстройствами или психопатологическими синдромами типа депрессивного, астенического, ипохондрического и т. д. Субъективная картина болезни — это отражение болезни в сознании больного.

Выделяют три психологических уровня субъективной картины болезни: сенсорный, эмоциональный и интеллектуальный.

Сенсорный уровень включает в себя отношение больного к своим болезненным ощущениям. Например, одни люди относятся к зубной боли относительно терпимо, тогда как другие в буквальном смысле слова лезут на стену.

Такое повышенное или пониженное ощущение своего болезненного состояния, не являясь показателем тяжести заболевания, влияет, однако, на социально-психологическую адаптацию больного.

Эмоциональный уровень субъективной картины болезни — это оценка больным своей болезни с точки зрения «опасности» и «безопасности». Одни считают свою болезнь крайне тяжелой, неизлечимой, другие, наоборот, недооценивают тяжесть заболевания. Сюда примешиваются и оценки иного рода: хорошо или плохо быть больным; выгодно это или невыгодно? Такая оценка иногда проводится сознательно (рентная установка), но чаще неосознанно (истерические неврозы). В последнем случае завышенная оценка болезни является своеобразной защитой больного в психотравмирующей ситуации.

Интеллектуальный уровень субъективной картины болезни — это решение вопросов: «Болен или здоров?», «Чем лечиться?», «У кого лечиться?» и т. п. Врач, имея дело с больным, при решении этих вопросов исходит из своих профессиональных знаний. Он знает, чем и как лечится данное заболевание и какой имеет прогноз. Больной этого не знает. Для него «своя болезнь» всегда самая

страшная, а обращение к популярной медицинской литературе только усугубляет состояние.

Субъективная картина болезни может быть адекватна самой болезни, но чаще гипер- или гипотрофирована. Поэтому одной из основных задач рациональной психотерапии является коррекция этой картины с учетом ее сенсорного, эмоционального и интеллектуального уровней. Эти уровни необходимо правильно оценивать и учитывать в их сложной взаимосвязи и взаимодействии. И все же основным уровнем, на который ориентируется рациональная психотерапия, является интеллектуальный.

Психотерапевт, ставящий перед собой задачу корригировать мышление больного, должен быть разносторонне образованным человеком и яркой личностью, проявляя компетентность не только в медицине, но и в других областях знаний: литературе, педагогике, психологии, социологии, философии, религии. Встает не новый, но всегда актуальный вопрос о роли личности врача в психотерапии вообще и в рациональной психотерапии в частности.

В диалоге с больным врач, практикующий рациональную психотерапию, должен занять позицию доброжелательного товарища и наставника. Но для этого нужно добиться доверия больного. Если врач куда-то спешит, у него не хватает времени до конца выслушать пациента, если от него, кроме того, разит табаком и перегаром, то, как бы ни глубоки и убедительны были приводимые им в беседе аргументы, эффект рациональной психотерапии будет очень низким.

Первая же встреча врача с пациентом, первый их диалог — это, по образному выражению Д. В. Панкова, «своеобразный экзамен врачу на роль наставника, учителя, воспитателя». Если врач успешно сдаст этот экзамен, то «результат рациональной психотерапии будет хороший, если не сдаст — это будут уже не «сократовские беседы», а пустое времяпровождение».

Психотерапевт должен уметь не только убедительно говорить, но и внимательно слушать больного. Неторопливость, искренность, доброжелательность, эмпатия — качества, обязательные для любого психотерапевта, и все-таки главное при рациональной психотерапии — это

сила логики, определенность и последовательность. Для этого необходимо знание законов формальной логики и умение ими пользоваться. Я. Марциновский, характеризуя роль логики в рациональной психотерапии, использует очень образную метафору: «Не то, чтобы невротик всегда был нелогичным человеком, — пишет он, — это далеко не так. Но какая мне польза от плаща, когда он свернут, что стоит логика, если ею не пользоваться».

ОСНОВЫ ФОРМАЛЬНОЙ ЛОГИКИ

В формальной логике есть такие понятия, как правильное и неправильное мышление.
Мышление, способное вести человека к достижению истины, т. е. правильно решать теоретические и практические задачи, — *правильное мышление.* Оно должно удовлетворять трем основным требованиям: *определенности, последовательности* и *доказательности.* Определенное мышление предполагает точность, оно свободно от всякой сбивчивости. Последовательность предполагает свободу мышления от внутренних противоречий, логическую связь между отдельными мыслями. И наконец, доказательное мышление не просто формирует истину, но вместе с тем указывает на основание, по которому мысль должна быть принята истиной, т. е. аргументирует ее.
Для неправильного мышления, напротив, характерны непоследовательность, бездоказательность и неопределенность. Непоследовательность мышления чаще всего связана с нарушением закона тождества, который можно выразить формулой А=А. В практике общения чаще всего проявляется тогда, когда два дискутирующих индивидуума вкладывают в один и тот же термин различные понятия. Примерами могут быть такие понятия, как «невроз», «алкоголизм» и т. д. Врач в эти понятия вкладывает один смысл, чаще всего научный, а пациент — иной, обычно житейский.
Закон непоследовательности мышления сформулирован еще Аристотелем. Он считал, что «не могут быть одновременно истинными две противоположные мысли об одном и том же предмете, взятом в одно и то же время и в одном и том же отношении». Нельзя, например,

признать последовательными такие рассуждения алкоголика: «Я пью потому, что болен» но лечиться мне не нужно, потому что пьянство — это не болезнь».

Рассуждения такого типа в формальной логике называют паралогизмами. Иногда паралогизмы возникают в связи с тем, что больной расценивает два суждения, относящиеся к различным предметам, как противоречащие и исключающие возможность третьего («У меня невроз потому, что у меня плохие отношения на работе, а на работе плохо, потому что у меня невроз»). В этих рассуждениях исключается третий вариант — другая работа, другой коллектив, другие взаимоотношения.

Бездоказательность мышления (отсутствие аргументации) в клинике чаще всего проявляется логической ошибкой: «после этого, значит, в результате этого». («Я заикаюсь потому, что меня напугала собака»; «высоты боюсь потому, что упала с обрыва»; «у меня микроинфаркт потому, что мне об этом сказал врач» и т. д.)

Бездоказательность в суждениях больных о своей болезни обнаруживается, когда они исходят из ложных посылок. («Моя болезнь излечивается только гипнозом, а гипноз мне не назначен, значит...»; «больных шизофренией лечат тизерцином, вы мне назначили тизерцин, значит...».)

Знание закона тождества, умение грамотно оперировать понятиями помогают психотерапевту вносить определенность в мышление. Знание законов противоречия, умение хорошо аргументировать суждения облегчают борьбу с непоследовательностью мышления. И наконец, знание законов достаточного основания и правил дедуктивных и индуктивных умозаключений облегчает обучение больного доказательному мышлению.

Бездоказательному мышлению можно противопоставить только мышление, выстроенное на логике и аргументах. Врач-психотерапевт может использовать любые аргументы, лишь бы они были доказательны и способствовали излечению больного.

Один из наших пациентов, медицинский работник, утверждал, что «пьет потому, что все пьют». Для него достаточно веским оказался следующий аргумент: «Пьют действительно многие, но алкоголь все переносят по-раз-

ному. Точно так же, как по-разному разные люди переносят те или иные медикаментозные средства. Одни принимают максимальные дозы антибиотиков, а другим достаточно одной инъекции пенициллина, чтобы вызвать анафилактический шок». «По-видимому, — резюмировал психотерапевт, — вы относитесь к категории людей с индивидуальной непереносимостью алкоголя и вам нельзя пить совсем». Результаты такой коррекции оказали положительное воздействие.
Из сказанного следует, что важной составной частью рациональной психотерапии является коррекция непоследовательности, противоречивости и бездоказательности мышления больного.
Вопрос о том, как осуществляется эта коррекция, настолько сложный, что на него невозможно дать однозначного ответа. Следует, вероятно, согласиться с мыслью Д. В. Панкова, который считает, что каждый психотерапевт достигает этого результата по-своему.
Дюбуа за основу этой коррекции брал чисто логическую аргументацию. Дежерин уделял большое внимание «доводам сердца», В. М. Бехтерев — разъяснению больному причин и сущности его заболевания. К. И. Платонов комбинировал разъяснение и убеждение с прямым и косвенным внушением.

ТЕХНИКА ТЕРАПИИ

Рациональная психотерапия может проводиться самостоятельно, но чаще всего практикуется в комплексе с другими методами лечения. Иногда она подключается уже на этапе обследования больного, требуя специального времени и органически вплетаясь в диагностический процесс.
У опытного врача для постановки диагноза часто нет необходимости выслушивать все, что беспокоит больного. Внешние обстоятельства, которые совпали с началом болезни, но определенно не являются ее причиной, кажутся малоинтересными. Больной же, наоборот, старается привлечь внимание врача к тем ситуациям и обстоятельствам, которые, по его мнению, имеют отношение к причинам заболевания. У врача создается впечатление неопределенности и бездоказательности мышления больного (ча-

ще всего так оно и есть), а больной может прийти к выводу, что врач недостаточно к нему внимателен и недобросовестно его обследует. Поэтому врач должен вначале внимательно выслушать все жалобы больного, а потом задать еще несколько уточняющих вопросов. Это убеждает больного, что врач знает о его болезни больше, чем он сам, так как задает вопросы о таких признаках болезни, на которые сам больной не обратил внимания.
Нередко исследование больного психиатром ограничивается беседой. Для психиатра такой метод исследования больного является вполне адекватным, а нередко достаточным для предварительного диагноза. У больного же такой осмотр, как правило, вызывает чувство разочарования и негативную реакцию. Это происходит потому, что у него сформировано совсем другое представление о необходимом обследовании. Поэтому больной должен быть не только внимательно выслушан, но и тщательно осмотрен. Особенно это касается больных, предъявляющих жалобы на неприятные ощущения в области сердца, головные боли и т. д. Такому больному обязательно нужно провести перкуторное и аускультативное обследование, с неврологическим молоточком в руках исследовать неврологический статус, измерить артериальное давление, тщательно изучить (лучше в присутствии больного) все данные объективного обследования. Интерпретация этих данных, как уже говорилось, может быть использована в целях рациональной психотерапии.
Причиной неврозов очень часто бывает конфликт личности со средой. Следовательно, личность и среда должны быть предметом пристального внимания психотерапевта. В процессе рациональной психотерапии этиопатогенетический анализ облегчает поиск актуального конфликта личности со средой: для истерии — претензии личности и возможности среды; для неврастении — требования среды и возможности личности; для невроза навязчивых состояний — внутренний конфликт желаемого и морально допустимого.
Наиболее трудной задачей психотерапевта является изучение личности больного. Основной целью в данном случае должна быть попытка понять осознанные и неосознанные механизмы формирования субъективной клинической картины заболевания, которая в свою

очередь ведет к неправильной оценке больным своего состояния и, как следствие, к неадекватному поведению и лечению.
Большим подспорьем для изучения личности больного являются психологические методы исследования. Особую ценность в этом плане представляют проективные методики. Сюда следует отнести тематический апперцепционный тест, близкий к нему тест с трактовкой пятен Рор-шиха, тест «неоконченные предложения», пиктограммы. Применение этих методик и умелая интерпретация результатов дают не только дополнительные важные сведения о личности, но и основания для рациональной психотерапии.
Сущность рациональной психотерапии определяется планомерным убеждением больного в ошибочной трактовке актуальных вопросов, связанных с его болезнью. Рациональная психотерапия — это аргументированное доказательство или опровержение положений, связанных с представлением больного о сущности тех или иных вопросов, касающихся болезни, это интеллектуальная борьба, «сократовский диалог», в ходе которого осуществляется коррекция непоследовательности, противоречивости и бездоказательности мышления и умозаключений больного.
Рациональная психотерапия может проводиться индивидуально, но практикуется и в групповом варианте. В этом случае большое влияние оказывает не столько сам психотерапевт, сколько умело направленный им групповой процесс.
Показаниями к рациональной психотерапии являются прежде всего невроз навязчивых состояний, психопатии психастенического круга, сексуальные неврозы, алкоголизм, наркомании, девиантные формы поведения у подростков.
Основным достоинством рациональной психотерапии является то, что больной сам активно участвует в процессе лечения; недостаток же метода в том, что лечебный эффект наступает относительно медленно (например, медленнее, чем при внушении в гипнозе).

КЛАССИЧЕСКИЙ ПСИХОАНАЛИЗ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОАНАЛИЗА

Психоанализ в понимании Фрейда — это» во-первых, «название процедуры исследования процессов, которые почти недостигаемы никаким другим способом», во-вторых, «название метода (основанного на таком исследовании) лечения невротических нарушений»* и, наконец, в-третьих, определение «суммы психологической информации, полученной таким путем, постепенно собираемой в новую научную дисциплину» (Freud, 1923).

Классические работы по технике психоанализа, написанные Фрейдом, Гловером, Шорпом, Гринсоном, равно как и более поздние работы на эту тему (Томэ, Кехле, 1992), являются лишь путеводными нитями на трудном пути практического психоаналитика.
Техника психоанализа является сплавом теории и опыта и у каждого врача сугубо индивидуальна.
Не случайно давно подмечена тенденция психоаналитиков утаивать от других технические нюансы своей работы. Это объясняется тем, что практика психоаналитика основана на его собственных сугубо интимных процессах. Это касается и сферы чувств, и мышления. Поэтому изучение техники психоанализа тесно связано с анализом самого психоаналитика. Психоанализ, по меткому выражению Рульфа Гринсона, — «профессия одиночек», хотя они и создают свои общества, ассоциации и т. п. Тем не менее технику психоанализа невозможно освоить без знания общих понятий, терминологии и основных теоретических концепций. Поэтому в своем изложении мы неоднократно будем возвращаться к теории, проясняя те или иные технические приемы.

* Следует различать понятия *метод психоанализа и техника психоанализа.* Первое подразумевает направление, стратегию, в конечном итоге — цель; второе — средства достижения.

Как стать психоаналитиком и трудно ли освоить метод психоанализа?
Фрейд, например, поначалу смотрел на это оптимистически, полагая, что каждый, желающий заняться психоанализом, может достигнуть успеха, работая прежде всего над собой, изучая проявление собственного бессознательного, особенно сны.

Однако в дальнейшем его требования к будущему психоаналитику ужесточились. В 1922 г., выступая на конгрессе Международной психоаналитической ассоциации, он говорил о том, что «будущему аналитику необходимо пройти учебный анализ с уже обученным аналитиком, чтобы в последующем не смешивать свои потребности с потребностями пациента». В США для психоаналитика диплом врача желателен, но не абсолютно обязателен. Фрейд в связи с этим писал: «...никто не должен практиковать анализ, если не получит право на это после специального обучения. Будет ли иметь такой человек медицинское образование или нет, кажется мне несущественным». В другом месте он высказался в связи с этим более определенно: «В глазах закона шарлатан тот, кто лечит пациентов, не имея возможности предъявить государственный диплом. Я предпочитаю другое определение:
шарлатан — это тот, кто предпринимает лечение, не обладая для этого необходимыми знаниями и способностями».
В нашей стране психоанализом с лечебной целью может заниматься только врач, имеющий специальную подготовку.
Следует отдать должное тому факту, что основы психоаналитической техники, которые заложил Фрейд в своих работах более чем 80 лет тому назад, до сих пор являются основой психоаналитической практики. Ничего принципиально нового в технику психоанализа за этот период времени, несмотря на огромное количество работ, внесено не было.
Известно, что Фрейд начал свою практику с гипноза. Потом использовал гипноз в целях катарсиса. Техника катарсиса проста: он гипнотизировал пациента и внушал ему в состоянии гипноза, чтобы тот рассказал о происхождении каждого из своих симптомов. Пациент отвечал серией воспоминаний, что обычно сопровождалось бур-

ным аффектом. В конце сеанса Фрейд внушал пациенту, чтобы он забыл все свои воспоминания.

Примерно в 1892 г. Фрейд осознал, что возможность погружать пациентов в гипноз небезгранична. Он встал перед выбором: либо отказаться от катарсиса как метода лечения, либо попытаться применять его без сомнамбулической стадии гипноза. Опыт показал, что пациента можно заставить вспомнить многие события из его жизни путем простого внушения. Фрейд приказывал пациенту лечь на кушетку, закрыть глаза и сконцентрироваться. Затем он надавливал на лоб пациента рукой и настойчиво внушал, что воспоминания должны появиться.

В 1896 г. Фрейд полностью отказался от гипноза, а в последующем отказался и от внушения, перейдя к интерпретации спонтанной вербальной продукции пациента. Зародилась процедура *свободных ассоциаций.*

Сейчас свободная ассоциация является основным методом получения информации от пациента в ходе психоаналитического лечения. Точно так же, как интерпретация этой информации является наиболее важным инструментом аналитика.

Началом психоанализа может считаться работа Фрейда «Об истерии» (Freud, 1895), в которой он описывает сущность терапевтического процесса при лечении истерии. Фрейд утверждал, что «каждый отдельный истерический симптом немедленно и надолго исчезает, когда мы добиваемся успеха, проливая свет на воспоминания о событии, которым этот симптом был спровоцирован, и в возбуждении сопровождающего аффекта, и когда пациент описывает то событие как можно детальнее и переводит аффект в слова». В тот период развития психоанализа процессы отреагирования и разрядки рассматривались как основные в терапевтической практике, причем акцент делался на отреагировании.

Постепенно у Фрейда сложилось представление, что в каждом пациенте существует некая сила, сопротивляющаяся лечению, сохраняющая потаенные мысли. Цель одна — защита. Задача психотерапевта, как считал Фрейд, как раз и заключается в том, чтобы преодолеть *сопротивление.* Со временем сопротивление было отнесено к тем силам, которые вызывают репрессию, и стало краеугольным камнем психоаналитической теории.

Вторым по значимости «препятствием» на пути к бессознательному, по мнению Фрейда, является *эффект переноса.* В этой связи Фрейд подчеркивал, что «перенос, которому, кажется, предписано быть самой большой помехой

психоанализу, становится его наиболее могучим союзником, если каждый раз его присутствие может быть определено и объяснено пациенту».
Хотя в последние годы границы психоаналитических исследований расширяются в области психологии, социологии и даже истории, тем не менее теория и техника психоанализа базируются преимущественно на клинических данных, полученных при изучении неврозов. Поэтому, чтобы понять технику психоанализа, читателю необходимо ориентироваться в психоаналитической теории неврозов.
Психоанализ утверждает, что причиной невроза является невротический конфликт между *Ид* и *Эго.*
Невротический конфликт — это бессознательный конфликт между побуждением — *Ид,* стремящимся к разрядке, и защитой — Эго, препятствующей разрядке или не допускающей ее к сознанию. Конфликт ведет к усилению инстинктивных побуждений, в результате чего *Эго* может оказаться подавленным. В таком случае возможны непроизвольные «разрядки», которые и проявляются как симптомы невроза.
Внешние психотравмирующие факторы также играют немаловажную роль в формировании неврозов; но они, по мнению психоаналитиков, на определенном этапе сводятся к внутреннему невротическому конфликту между *Ид* и *Эго.*
Супер-Эго в невротическом конфликте может выступить на стороне *Эго* или на стороне *Ид.* Именно *супер-Эго* заставляет *Эго* чувствовать себя виновным даже за символическую и искаженную инстинктивную активность.
Патогенное воздействие невротического конфликта заключается в основном в необходимости *Эго* постоянно тратить энергию на то, чтобы не допустить неприемлемые инстинктивные побуждения к сознанию и моторике. Это приводит в конечном итоге к истощению *Эго.* В результате инстинктивные побуждения «прорываются» в сознание и поведение в форме невротических симптомов.

Следует отметить, что *Эго* в борьбе с запретными и опасными побуждениями *Ид* постоянно прибегает к различным защитным механизмам. Но различного рода «защиты» могут быть эффективны только в том случае, если обеспечена периодическая разрядка инстинктивных напряжений.

Основной целью аналитической психотерапии является разрешение невротического конфликта, т. е. воссоединение бессознательного с сознательной частью *Эго.* Психоаналитик познает элементы бессознательного через его *дериваты.* Эти дериваты, или заменители, проявляются в свободных ассоциациях, в обмолвках, в ошибочных действиях и пр.

Пациента просят, сообразуясь с его способностями, постараться вызывать в памяти какие-то мысли и без всякой логики и порядка высказывать их врачу. Пациенту объясняют, что он должен говорить даже такие вещи, которые кажутся ему тривиальными, постыдными, неожиданными и т. п. Такой процесс свободной ассоциации облегчает выявление дериватов бессознательного. Задача терапевта состоит в том, чтобы проанализировать эти дериваты и довести их истинный смысл до пациента.

Несмотря на то что больной неврозом начинает лечение сознательно, с желанием излечиться, существуют силы, которые «защищают» невроз, препятствуют лечению — силы сопротивления. Истоки сопротивления заложены в защитных силах Эго, которые формируют невротический конфликт. В процессе лечения у пациента «работают» те же защитные механизмы, что и в повседневной жизни. Поскольку сопротивление есть не что иное, как проявление защитных и искаженных функций Эго, именно оно должно быть проанализировано в первую очередь. Без преувеличения можно сказать, что анализ сопротивления является краеугольным камнем психоаналитической техники.

Вторым важным источником материала для психоанализа являются реакции переноса. Психоаналитики считают, что больной неврозом бессознательно ищет объекты, на которые он мог бы перенести свои либидозные и агрессивные побуждения. Перенос, в понимании психоаналитиков, — это освобождение от прошлого, точнее,

ошибочное понимание настоящего посредством прошлого. Грамотный анализ реакций переноса помогает пациенту правильно понять прошлое и настоящее, принять точку зрения терапевта и понять истоки своих невротических реакций.

ТЕХНИКА ПСИХОАНАЛИЗА

Классический психоанализ включает следующие основные этапы: продуцирование материала, его анализ и рабочий альянс.

Продуцирование материала

Основными способами продуцирования материала являются: свободная ассоциация, реакция переноса и сопротивление.

Свободная ассоциация. Это основной метод продуцирования материала. Вот как сам Фрейд описывает метод свободных ассоциаций: «Пе оказывая какого-либо давления, аналитик предлагает пациенту лечь удобно на софе, тогда как сам он сидит на стуле за ним, вне поля зрения. Он даже не просит его закрыть глаза и избегает любых прикосновений, так же как избегает всяких других процедур, которые могут напомнить о гипнозе. Сеанс, следовательно, проходит как беседа между двумя людьми, в равной степени бодрствующими, но один из них воздерживается от любых мускульных усилий или ощущений, которые могут отвлечь его внимание от его собственной умственной деятельности. Для овладения идеями и ассоциациями пациента аналитик просит «разрешить ему войти в такое состояние, как если бы они беседовали бесцельно, наугад» (Freud, 1904). «В начале сеанса, — пишет дальше Фрейд, — я всегда объясняю пациенту, почему мы просим его ассоциировать свободно и почему предпочитаем пользоваться кушеткой... Я не говорю с пациентом свысока. Я использую обычный язык, избегая технических терминов и интеллектуализированных форм речи.

Я обращаюсь с ним, как со взрослым, чье сотрудничество мне необходимо и который скоро будет испытывать трудности при работе с психоаналитическим материалом.

Я рассказываю ему, что, для того чтобы не мешать его продукциям, я буду относительно молчалив. Когда он в первый раз начинает задавать вопросы, я объясняю ему, почему я не буду отвечать на них; в следующий раз я буду молчать. Если я не понимаю смысла слова, я говорю ему это; я не отпускаю пациента, не сказав ему ни слова. Если он испытывает сильное чувство смущения, рассказывая о какой-то определенной теме, первое время я признаю, что это для него болезненно, но необходимо для лечения. Я прошу его попытаться быть настолько открытым, насколько это возможно. ...Я не прекращаю сеанса, если пациент находится в середине рассказа или интенсивной эмоциональной реакции; я позволяю сеансу превысить обычные 40 минут».

В этом плане метод свободных ассоциаций чем-то напоминает ассоциативный эксперимент Юнга, но в данном случае больной сам берет из собственной памяти ближайшее слово-«раздражитель» и в ответ на него высказывает любую мысль, пришедшую ему в этот момент в голову. Используя метод свободных ассоциаций, Фрейд предъявлял к пациенту требование: «Он должен говорить нам не только то, что он может сказать намеренно и по своему желанию, что может дать ему облегчение, но и все, что приходит ему в голову, даже если это не приемлемо для него и кажется ему несущественным или вообще бессмысленным».

Перенос. Эффективность метода свободных ассоциаций в значительной степени зависит от особых отношений, устанавливающихся обычно между пациентом и врачом. В основе этих отношений лежит *феномен перенесения (трансфер).* Механизм этого феномена заключается в том, что пациент подсознательно идентифицирует врача с объектами своих догенитальных сексуальных влечений. Другими словами, больной «переносит» на врача свойства отца и матери со всеми вытекающими отсюда обстоятельствами.

«Перенос состоит в переживании эмоций, побуждений, отношений, фантазий и защит по отношению к некоторой личности в настоящем, не адекватных по отношению к ней, так как они являются повторением, перемещением реакций, образовавшихся по отношению к значимым лицам в раннем возрасте. Восприимчивость

пациента к реакциям переноса исходит от его состояния инстинктивной неудовлетворенности и проистекающей из этого необходимости поиска возможных разрядок» (Freud, 1912).

Различают *позитивный* и *негативный перенос.* Позитивный перенос проявляется чувством симпатии, уважения, любви к аналитику, негативный — в форме антипатии, гнева, ненависти, презрения и т. п.

Фрейд использовал также термин *невроз переноса* — «совокупность реакций переноса, в которой анализ и аналитик становятся центром эмоциональной жизни пациента, и невротический конфликт пациента вновь оживает в аналитической ситуации» (Freud, 1905).

Невроз переноса, с одной стороны, является признаком успеха аналитической терапии, а с другой — может быть причиной ее неудачи. Невроз переноса служит как бы переходом от болезни к выздоровлению. Психоаналитическая техника направлена на то, чтобы обеспечить максимальное развитие невроза переноса, а затем использовать его в лечебных целях. Здесь применяются такие технические приемы психоанализа, как относительная анонимность аналитика, его ненавязчивость, «правило абстиненции» и «аналитик-зеркало».

Невроз переноса может быть купирован только аналитическим путем; другие методы лечения могут лишь изменить его форму.

Сопротивление. Это внутренние силы пациента, находящиеся в оппозиции к психоаналитической работе и защищающие невроз от терапевтического воздействия. По форме сопротивление представляет собой повторение тех же защитных реакций, которые пациент использовал в своей повседневной жизни. Сопротивление действует через *Эго* пациента, и, хотя некоторые аспекты сопротивления могут быть осознаны, значительная их часть остается бессознательной.

Задача психоаналитика состоит в том, чтобы раскрыть, как пациент сопротивляется, чему и почему. Непосредственной причиной сопротивления являются несознательное избегание таких болезненных явлений, как тревога, вина, стыд и т. п. За этими универсальными реакциями в ответ на вторжение во внутренний мир

пациента обычно стоят инстинктивные побуждения, которые и вызывают болезненный эффект.

Различают Эго-синтоничные сопротивления и сопротивления, чуждые *Эго.* В первом случае пациент обычно отрицает сам факт существования сопротивления и сопротивляется его анализу; во втором пациент чувствует, что сопротивление чуждо ему, и готов работать над ним аналитически.

Одним из важных этапов психоанализа является перевод сопротивления из Эго-синтонного в сопротивление, чуждое *Эго,* Как только это достигается, пациент формирует рабочий альянс с аналитиком и у него появляется готовность работать над своим сопротивлением.

Анализ материала пациента

Основной целью всех аналитически ориентированных методик является понимание пациентом самого себя, а основной технической процедурой — интерпретация.

Техника анализа включает в себя 4 процедуры: конфронтацию, прояснение, интерпретацию и тщательную проработку.

Анализируемое явление должно стать очевидным для пациента (конфронтация). Например, прежде чем анализировать сопротивление, нужно показать пациенту, что этот феномен у него существует.

Если пациент понимает это, можно переходить к следующему этапу анализа — к прояснению. Прояснение имеет целью сфокусировать внимание на анализируемом феномене, тщательно отделить его от других явлений, четко обозначить его границы.

Следующий, основной этап анализа — интерпретация. Интерпретировать — обозначает делать неосознанные феномены осознанными, точнее, делать осознанным бессознательное значение, источник, форму, причину данного конкретного психического процесса. Для интерпретации аналитик использует не только свои теоретические знания, но и свое бессознательное, свои эмпатию и интуицию.

«Цель интерпретации, — писал Фрейд, — состоит в том, чтобы сделать какое-то неосознанное психическое

событие осознанным, чтобы мы смогли лучше понять значение данной части поведения. Интерпретация обычно ограничивается отдельным элементом, отдельным аспектом. Тщательно проработав данную интерпретацию элемента, попытавшись воссоздать историю и последовательность событий, в которую входит данный элемент, мы должны сделать нечто большее, чем интерпретация. Мы должны реконструировать ту часть жизни пациента, которая шла своим чередом, окружая пациента, которая предопределяла появление этого элемента» (Freud, 1937).

Процедуры прояснения и интерпретации тесно переплетаются. Очень часто прояснение ведет к интерпретации, а интерпретация в свою очередь приводит к дальнейшему прояснению. Путь от интерпретации к пониманию обозначается как этап тщательной проработки. Это путь от инсайта, от возможности аналитика проникать во внутреннюю жизнь пациента к пониманию пациентом самого себя. Из всех процедур анализа тщательная проработка — самая длительная по времени. Иногда она затягивается на полгода и более.

Рабочий альянс

Пациент обращается к врачу потому, что хочет избавиться от своих страданий. В процессе лечения он добросовестно продуцирует материал посредством свободных ассоциаций, реакций переноса, сопротивления. Аналитик в своей работе честно использует процедуры конфронтации, прояснения, интерпретации и тщательной проработки. Формально все правильно, но для успешного лечения всего этого недостаточно. Существует еще один важный ингредиент, который влияет на эффективность лечения, — рабочий альянс. Он предполагает рациональные взаимоотношения между пациентом и аналитиком, которые дают возможность пациенту целеустремленно работать в аналитической ситуации, а аналитику добиваться терапевтического успеха.

При наличии рабочего альянса у пациента появляется готовность работать даже с теми инсайтами, которые неприятны и причиняют боль. На его формирование в равной мере влияют пациент, аналитик и аналитическая среда, т. е. то, что мы иногда называем *атмосферой*

процесса лечения. При этом аналитик способствует формированию рабочего альянса всем своим поведением, в котором делает акценты на эмпатии, понимании и недирективности.

Существуют и другие термины, определяющие оптимальные отношения аналитика и пациента: *терапевтический альянс* (Зотцель, 1956), *рациональный перенос* (Феничелло, 1941), *зрелый обдуманный перенос* (Стоун, 1956). Стреба(1929) писал об *«идентификации пациента с аналитиком»,* которая ведет к заинтересованности в работе как первого, так и второго.

Несколько более широко следует трактовать понятие *психоаналитическая ситуация.* Она является результатом комплекса взаимоотношений пациент — аналитик — окружающая обстановка.

Для продуктивной психоаналитической работы от пациента требуются искреннее очевидное желание подвергнуться анализу, определенные способности и особенности личности. Только тот пациент, у которого установки на психоанализ глубоко мотивированы, может вынести это лечение, требующее много времени, терпения, а главное, тесно связанное с раскрытием интимных переживаний.

В процессе лечения пациенту предлагают быть активным и пассивным, полностью отдаваться свободным ассоциациям или, наоборот, быть логичным и соблюдать последовательность в мышлении. Пациент должен уметь выслушать и понять аналитика, а также выразить словами свои переживания и чувства. Для этого требуется, чтобы он имел достаточно пластичное *Эго,* другими словами, он должен обладать определенными способностями работать в психоаналитической ситуации. Что же касается особенностей личности, способствующих формированию продуктивной психоаналитической ситуации, то этот вопрос в одинаковой мере касается и пациента, и аналитика.

* * *

В классическом психоанализе используются и неаналитические терапевтические процедуры, которые способствуют эффективности лечения. К ним относятся: отреагирование, внушение, манипуляции.

Отреагирование, или катарсис, является разрядкой неприемлемых эмоций и импульсов. Брейер и Фрейд рассматривали катарсис как эффективный метод лечения. Ценность отреагирования заключается еще и в том, что убеждает пациента в реальности его бессознательных процессов. Накопившийся опыт показывает, что катарсис приносит временное чувство

облегчения, но это не конец, а только начало психоаналитического лечения. Именно катарсис очень часто становится источником сопротивления, которое является материалом для анализа.

Аффективно окрашенные и вытесненные в бессознательное представления (позже названные Брейером и Юнгом *комплексами)* обладают склонностью к «превратным ассоциациям», которые в конечном итоге могут проявляться симптомами невроза. Брейер эмпирическим путем установил факт, суть которого заключается в следующем: если удается с помощью гипноза довести до сознания больного первоначальный патогенный комплекс, то действие его прекращается и наступает выздоровление.

Техника гипнокатарсиса заключается в следующем. Больного погружают в гипнотическое состояние и предлагают перенестись в прошлое. При этом у него могут возникать воспоминания, мысли и чувства, до того выпадавшие из сознания. Когда, проснувшись, больной (обычно в состоянии аффекта) сообщает врачу свои душевные переживания, симптом оказывается преодолимым и возвращение его обратно в бессознательное становится невозможным. Брейер и Фрейд объясняли это явление тем, что симптом невроза в данном случае заменяет подавленные и не достигшие сознания психические процессы. Эту замену они называли *конверсией.*

Внушение является одним из способов индукции мыслей, эмоций и побуждений в обход реалистического мышления пациента (Bibring, 1954). Внушение при умелом его использовании помогает пациенту войти в психоаналитическую ситуацию. Однако существуют определенные трудности в использовании внушения. Одна из них состоит в том, что пациент привыкает к этой регрессивной форме поддержки и использует ее как протез. Вторая трудность возникает, если внушение используется без его последующего осознания. В этом случае внушение анали-

тика не анализируется, и, как следствие, у пациента может сформироваться новый невротический симптомокомплекс. Чаще всего это происходит, когда интерпретации преподносятся пациенту как догма. Поэтому внушение и убеждение должны быть полностью исследованы, введены в аналитическую ситуацию, а эффект их проанализирован.

Манипуляции — это деятельность аналитика, способствующая восстановлению памяти пациента. Можно, например, совершенно не реагировать на эмоции пациента, чтобы аффект достиг своего апогея; можно до поры не анализировать перенос, чтобы он стал более ярким и демонстративным; можно в приказном тоне предложить пациенту напрячь свою память. Все это манипуляции. Не относясь к аналитической технике, манипуляции, так же как катарсис с внушением, косвенно способствуют анализу. Главное, чтобы все эти дополнительные технические приемы в конечном итоге были осознаны и реакции на них проанализированы.

В технике психоанализа применяются такие приемы, как «правило абстиненции» и «аналитик как зеркало».

«Правило абстиненции». «Хотя это может показаться жестоким, — писал Фрейд, — но мы должны следить за тем, чтобы страдание пациента дошло до такой степени, чтобы оно стало эффективно при работе». Вот эти, достигшие апофеоза страдания Фрейд и называл абстиненцией, а работу с ней считал наиболее эффективной при психоанализе. «Аналитическое лечение, — подчеркивает Фрейд, — следует проводить, насколько это возможно, в состоянии абстиненции» (Freud, 1919).

«Аналитик как зеркало». Понятие «зеркало» включает в себя такую манеру поведения аналитика, при которой он остается непроницаемым, «темным» для пациента. Это, однако, ни в коей мере не означает холодность и бездушие, отсутствие эмоциональности.

АНАЛИЗ СОПРОТИВЛЕНИЯ

Сопротивление включает все силы организма, которые противодействуют процедурам и процессам психоанализа, то есть мешают свободному ассоциированию

пациента, его попыткам вспомнить и достичь понимания. «Сопротивление сопровождает лечение шаг за шагом. Каждая ассоциация, каждое действие личности при лечении должны расплачиваться сопротивлением и представляют собой компромисс между силами, которые стремятся к выздоровлению, и силами, которые противодействуют этому» (Freud, 1912).

Проявлением сопротивления может быть молчание пациента, его поза, аффекты (злоба, упрямство, стыд и т. п.), избегание тем, пропуски сеансов, утверждение, что у него «нет сновидений» или «есть темы, о которых не хочется говорить».

Сопротивление может быть сознательным, предсознательным и бессознательным.

Технические процедуры анализа: конфронтация, прояснение, интерпретация и тщательная проработка.

Интерпретировать — означает делать подсознательные и предсознательные психические события сознательными. Это означает, что разумное и сознательное *Эго* осознает то, что было забыто.

Для интерпретации терапевт использует как информацию, полученную от пациента, так и свой интеллект, свои эмпатию, интуицию, свой теоретический багаж.

Интерпретируя материал пациента, аналитик ставит себе следующие основные цели:

• перевести продукции пациента в их бессознательное содержание, то есть установить связь мыслей, фантазий, чувств, поведения пациента с их бессознательными «предками»;
• бессознательные элементы должны быть преобразованы в понимание, в истинное их значение;
• по мере достижения инсайтов они должны сообщаться пациенту.

Техника анализа сопротивления складывается из следующих основных процедур.

1. Процесс осознавания сопротивления.

2. Демонстрация факта сопротивления пациенту:
• позволить сопротивлению стать демонстративным;
• способствовать усилению сопротивления.
3. Прояснение мотивов и форм сопротивления:
• выяснить, какой специфический болезненный аффект заставляет пациента сопротивляться;

• какое специфическое инстинктивное побуждение является причиной болезненного аффекта в момент анализа;
• какую конкретную форму и метод использует пациент для выражения своего сопротивления.
4. Интерпретация сопротивления:
• выяснить, какие фантазии или воспоминания являются причиной аффектов и побуждений, которые стоят за сопротивлением;
• объяснить истоки и бессознательные объекты выявленных аффектов, побуждений или событий.
5. Интерпретация формы сопротивления:
• объяснить данную и сходные формы деятельности во время анализа и вне анализа;
• проследить историю и бессознательные цели этой деятельности в настоящем и прошлом пациента.

Опытный аналитик знает, что во время одного сеанса может быть проделана лишь небольшая часть анализа. Большая часть сеансов заканчивается всего лишь неясным осознанием того, что «работает» какое-то сопротивление, и все, что может сделать аналитик в таких случаях, — указать пациенту на то, что он что-то скрывает или избегает какой-то темы. Когда это возможно, аналитик пытается исследовать эти явления. При этом усердие самого аналитика должно играть вторичную роль в исследовании и раскрытии бессознательных явлений. Важно не спешить с интерпретацией, так как это может или травмировать пациента, или привести к интеллектуальному соперничеству пациента и аналитика. В любом случае это усилит сопротивление. Нужно дать возможность пациенту прочувствовать свое сопротивление, а уж потом перейти к его интерпретации.

Пациенту необходимо объяснить, что сопротивление является его собственной деятельностью, что это акция, которую он осуществляет бессознательно, предсознательно или сознательно, что сопротивление не является виной или слабостью пациента и что анализ сопротивления — важная часть психоаналитического лечения. Только тогда, когда пациент сам определит, что он сопротивляется, ответит на вопрос», почему и чему он сопротивляется, возможно сотрудничество с ним,

только тогда создается необходимый для качественного анализа рабочий альянс.
Основное правило техники интерпретации заключается в следующем: анализ должен вестись от сопротивления к содержанию, от сознательного к бессознательному, от «поверхности» к глубинному пониманию.

АНАЛИЗ ПЕРЕНОСА

Перенос — это особый тип отношений между пациентом и аналитиком, в основе которых лежат чувства не к аналитику, а к какой-то личности из прошлого. «Перенос, — писал Фрейд, — есть повторение, новое «издание» старых, объективных отношений» (Freud, 1905). Перенос -— явление в основном бессознательное. Он может состоять из любых компонентов: чувства, побуждения, страха, фантазии, отношения и т. п.
Реакции переноса наблюдаются у всех людей в повседневной жизни; аналитическая ситуация лишь способствует развитию этих реакций и использует их с лечебной целью.
Наиболее типичными характеристиками реакций переноса являются: *неуместность, амбивалентность, непостоянность, интенсивность* и *стойкость,*
Неуместность реакции в конкретной ситуации является признаком того, что личность, которая вызывает эту реакцию (в данном случае аналитик) не является истинным объектом, а сама реакция относится к какому-то значимому для пациента объекту из его прошлого.
Очень часто пациент влюбляется в аналитика. Аналитику в таком случае нужно исследовать возможные механизмы этой типичной реакции переноса: Не влюбился ли пациент, чтобы угодить вам? Не влюбился ли он в кого-то, кто похож на вас? Не является ли его влюбленность признаком зрелости? Не является ли эта реакция способом выхода из трудной жизненной ситуации?
Все реакции переноса характеризуются амбивалентностью — сосуществованием противоположных чувств. Обычно уживаются вместе и любовь к аналитику, и ненависть к нему, и сексуальное влечение, и отвращение.

Реакции переноса обычно неустойчивы и непостоянны. Гло»ер (1955) говорил о «плывущих» реакциях переноса, но иногда они, наоборот, бывают стойкими и длятся по несколько лет.
Фрейд в своей работе "Об истерии" подчеркивает, что если аналитик встречается с реакцией переноса, то ему необходимо, во-первых, осознать этот феномен, во-вторых, продемонстрировать его пациенту и, в-третьих, попытаться проследить его происхождение.
Реакция переноса представляет собой отношения, затрагивающие троих: субъекта, объекта из прошлого и объекта из настоящего. В психоаналитической ситуации это пациент, какая-то значимая личность из прошлого и аналитик.

По мнению Фрейда, перенос и сопротивление родственны друг другу (отсюда термин *сопротивление переноса).* Явления переноса по сути являются сопротивлением воспоминанию. Анализ сопротивления является повседневной работой в аналитической практике; при этом на анализ сопротивления переноса тратится: больше времени, чем на какой-либо иной аспект работы.

Фрейд ввел и использовал термин *невроз переноса* в двояком понимании. С одной стороны — для обозначения группы неврозов, характеризующихся способностью пациента формировать и поддерживать относительно последовательную и приемлемую, с точки зрения «Эго, группу переносов. С другой стороны — для описания самих реакций переноса, подвергшихся анализу.

Невроз переноса вбирает в себя все черты болезни пациента, но это искусственная болезнь, которая хорошо поддается психоаналитическому вмешательству. В неврозе переноса пациент повторяет свои прошлые невротические симптомы, а аналитик получает возможность активно влиять на них.

Классическая психоаналитическая позиция по отношению к неврозу переноса состоит в том, чтобы способствовать его максимальному развитию. Переживание репрессированного прошлого вместе с аналитиком является наиболее эффективной возможностью для преодоления невротических защит и сопротивлений.

Фрейд подразделял перенос на позитивный и негативный.

При *позитивном переносе* пациент испытывает к аналитику такие чувства, как любовь, нежность, доверие, симпатия, интерес, увлечение, восхищение, почтение и т. п. Наиболее часто встречается любовь, особенно если аналитик и пациент разного пола.

Так, пациентка, влюбленная в своего аналитика, создает разнообразные проблемы, препятствующие психоанализу. Во-первых, главной ее целью становится удовлетворение своих желаний, и она противится аналитической работе над этими эмоциями. Во-вторых, горячая любовь женщины-пациентки может вызвать чувство контрпереноса у аналитика-мужчины. Фрейд дал безошибочный, ясный совет по поводу такой ситуации: «Здесь не может быть компромисса. Аналитик не может допустить даже самого невинного, частичного эротического удовлетворения. Любое такое удовлетворение делает любовь пациентки относительно неанализируемой. Это отнюдь не означает, что аналитик должен вести себя бесчувственно и бессердечно. Аналитик может быть тактичным и чутким по отношению к пациентке и ее состоянию и при этом продолжать заниматься своей задачей — анализированием» (Freud, 1915).

Негативный перенос может проявляться в ненависти, гневе, враждебности, недоверии, антипатии, негодовании, горечи, неприязни, презрении, раздражении и т. д. Негативный перенос вызывает более сильное сопротивление, чем позитивный. Однако, когда рабочий альянс установлен, проявление негативного переноса может дать более благодатный клинический материал для анализа, чем позитивного.

Форма переноса во многом зависит от поведения аналитика. Например, аналитики, которые ведут себя по отношению к пациентам с постоянной теплотой и чуткостью, будут обнаруживать, что их пациенты имеют тенденцию реагировать длительным позитивным переносом. В то же время эти пациенты будут испытывать затруднения при развитии негативного, враждебного переноса. Такие пациенты могут быстро формировать рабочий альянс, но он будет узок и ограничен и помещает переносу расширяться за пределы ранней

позитивной формы. С другой стороны, аналитики, которые имеют тенденцию быть отчужденными и жесткими, будут часто убеждаться в том, что их пациенты быстро и устойчиво формируют одни лишь негативные реакции переноса. Естественно, отношения между пациентом и аналитиком никогда не могут быть равноправными. От пациента требуется, чтобы он искренне выражал свои сокровенные эмоции, импульсы, фантазии, а аналитик должен оставаться относительно анонимной фигурой. Другими словами, аналитическая процедура является болезненным, унижающим и односторонним переживанием для пациента. И если мы хотим, чтобы пациент сотрудничал с нами, мы должны объяснить ему технику анализа, свой « инструментарий ».

Аналитику необходимо чувствовать определенную близость к пациенту, чтобы быть способным к эмпатии; вместе с тем он должен уметь отстраниться для детального понимания материала пациента. Это одно из наиболее трудных требований психоаналитической техники — альтернатива между временной и частичной идентификацией эмпатии и возвращением на позицию беспристрастного наблюдателя. Для аналитика не должно существовать такой области жизни пациента, куда бы он не мог быть допущен, но эта интимность не должна приводить к фамильярности.

Мы уже говорили, что перенос и сопротивление сопряжены друг с другом. Некоторые реакции переноса вызывают сопротивление, другие проявляются как сопротивление, третьи служат сопротивлением против иных форм переноса. Техника анализа переноса та же, что и анализа сопротивления. Иногда молчания аналитика бывает достаточно, чтобы реакция переноса стала демонстративной, наглядной. В другом случае осознать перенос пациенту помогает конфронтация. Если и молчание и конфронтация неэффективны, можно попытаться идентифицировать реакцию переноса, задавая вопросы на ту тему, которой пациент сознательно (или бессознательно) старается избежать. Цель всех этих технических приемов — демонстрация пациенту наличия у него реакции переноса. Далее аналитик будет позволять развиваться реакции

переноса до тех пор, пока она не достигнет оптимального уровня интенсивности. Важно .уловить момент, когда перенос является для пациента максимальным импульсом, но не травмой. Не следует спешить с интерпретацией; важно, чтобы конфронтация оказала воздействие и реакция переноса была убедительна для пациента. Преждевременная интерпретация почти всегда ведет к увеличению сопротивления и чревата опасностью превратить аналитическую работу в интеллектуальную игру.

Первым этапом анализа переноса является идентификация. Существуют различные виды идентификации: частичные и общие, временные и постоянные, *Эго*-синтоничиые и Эго-дистоничные.

Идентификация на первых порах может стимулироваться искусственно. Когда аналитик анализирует материал, он просит пациента временно отказаться от своего переживающего, свободно ассоциирующего *Эго* и понаблюдать вместе с ним за тем, что он (пациент) сейчас переживает. Другими словами, аналитик просит пациента временно и частично идентифицироваться с ним. Сначала пациент поступает так только тогда, когда аналитик просит его об этом, но позже такое состояние становится автоматическим, предсознательным. В таком случае пациент сам осознает, что он чему-то сопротивляется и спрашивает себя: «Чему и почему?» Это и есть показатель частичной и временной идентификации с аналитиком, которая способствует рабочему альянсу. Когда это происходит, то говорят: «Пациент в анализе».

Часто идентификация остается и после анализа. При позитивном переносе пациенты нередко перенимают манеры, характерные черты и привычки аналитика.

Следующим этапом анализа реакции переноса является ее прояснение. Это поиски бессознательных источников переноса. Здесь важны аффективные реакции, повторения, фантазии, сновидения, символизмы в ассоциациях пациента и т. п.

Решающим этапом психоаналитической техники является интерпретация. В понимании аналитиков интерпретировать — значит неосознанный психический феномен делать осознанным. Процесс этот длительный и не ограничивается одним-двумя сеансами. При помощи демонстрации и прояснения аналитик пытается дать воз-

можность *Эго* пациента осознать психологическую ситуацию, которая подсознательна и неприемлема. «Интерпретация — это гипотеза, которая требует ответов пациента для верификации» (Naelder, 1960). Прояснение ведет к интерпретации, а интерпретация в свою очередь ведет к дальнейшим прояснениям.

В поисках неосознанных источников переноса существует много **технических приемов.** Наиболее распространенными являются три:

• отслеживание сцепленных аффектов и импульсов;
• отслеживание объектов (фигур), предшествующих переносу;
• исследование фантазий переноса.

Наиболее эффективен прием отслеживания сцепленных аффектов и побуждений. При этом мы обычно задаем пациенту вопрос: «Когда и в связи с чем было у вас это чувство или побуждение?» А затем, выслушивая ответы, постепенно пытаемся нащупать истинный первоисточник этих аффектов и побуждений. На втором приеме мы задаем вопрос: «По отношению к кому вы испытывали такое чувство в прошлом?» И опять начинается кропотливый поиск первоисточника. Клинический опыт показывает, что никакая интерпретация, пусть даже абсолютно правильная, не дает должного и стойкого эффекта без многократной ее проработки. Для того чтобы прийти к полному пониманию и устойчивым изменениям в поведении пациента, требуется тщательная проработка индивидуальных интерпретаций. Этот процесс представляет собой повторение и разработку инсайтов, полученных в результате интерпретации.

Типичные ошибки в технике анализа переноса:

• нераспознавание реакции переноса (сексуальное влечение, влюбленность, маскируемая раздражительностью, враждебностью);
• не осознанные аналитиком реакции контрпереноса;
• неправильная интерпретация материала;
• недостаточная проработка интерпретаций;
• незнание традиций, основ культуры пациента, несовпадение культур пациента и аналитика (нельзя грамотно и эффективно анализировать японца, не зная традиций и культуры этого народа).

АНАЛИЗ СНОВИДЕНИЙ

Фрейд неоднократно подчеркивал, что сны не случайны и не беспорядочны, а являются способом исполнения невыполненных желаний. Будучи продуктом бессознательного, сновидения являются хорошим материалом для психоанализа. Фрейд выделял *явное* и *скрытое содержание сна.* Явное — это то, что фактически галлюцинируется во сне; скрытое — то, что обнаруживается при свободной ассоциации сновидений и их толковании. «Явное сновидение, — пишет Фрейд, — теряет для нас свою значимость. Нам безразлично, хорошо оно составлено или распадается на ряд отдельных бессвязных образов. Даже если оно имеет кажущуюся осмысленной внешнюю сторону, то мы все равно знаем, что она возникла благодаря искажению сновидения и может иметь к внутреннему его содержанию так же мало отношения, как фасад итальянской церкви к ее конструкции и силуэту».

Фрейд выделяет такие понятия, как *работа сновидений* и *толкование сновидений.* Работа сновидений — это перевод скрытого смысла сна в явный. Толкование, наоборот, — попытка добраться до скрытого смысла сновидений. Для того чтобы грамотно толковать сновидения, нужно знать основные закономерности их работы.

Фрейд отмечает несколько закономерностей работы сновидений, но главными из них считает три: сгущение, смещение сновидений и превращение мыслей в зрительные образы.

Под *сгущением* подразумевается тот факт, что явное сновидение содержит в себе меньше информации, чем скрытое, так как «является сокращенным переводом последнего».

Смещение — это результат работы «цензуры», замещение истинного смысла сновидения намеками, символами.

И наконец, третий результат работы сновидений — это *регрессивное превращение мысли в зрительные образы.* Фрейд достаточно образно раскрывает смысл этой трудной работы мозга: «Представьте себе, что вы взяли на себя задачу заменить политическую передовицу газеты рядом иллюстраций, т. е. вернуться от буквенного шрифта к письму рисунками».

Техника анализа сновидений. Главным методом исследования сновидений является метод свободного ассоциирования.

При анализе сновидений Фрейд считает необходимым соблюдать следующих три основных правила.

1. Не обращать внимание на внешнее содержание сновидения, независимо от того, понятно оно больному или кажется абсурдным, ясным или путанным, так как оно все равно ни в коем случае не соответствует искомому бессознательному.
2. Сновидения следует разбивать на элементы, каждый из которых исследуется в отдельности. При этом одного пациента просят «объяснять» каждый элемент сновидения первыми пришедшими в голову словами, т. е. свободно ассоциировать. «Если я прошу кого-то сказать, — пишет Фрейд, — что ему пришло в голову по поводу определенного элемента сновидения, то я требую от него, чтобы он отдался свободной ассоциации, придерживаясь исходного представления». Действительно, получается нечто подобное «ассоциативному эксперименту» с той лишь разницей, что в сновидении «слово-раздражитель» заменено чем-то, что само исходит из душевной жизни видевшего сон, из неизвестных ему источников, т. е. из того, что само может быть «производным от комплексов».

Таким образом, задача аналитика в данном случае сводится к тому, чтобы при помощи свободного ассоциирования с каждым отдельным элементом сновидения вызвать ряд других — «заменяющих» представлений, при помощи которых появляется возможность расшифровать скрытый смысл сновидений. Вскрывать бессознательное пациента, вызывать «заменяющее» представление каждого элемента сна врач должен, не раздумывая над скрытым их содержанием и над тем, подходят ли они или отклоняются в этом смысле от самого сновидения.

3. При анализе сновидений исследователь должен набраться терпения и подождать, пока "скрытое, исконно бессознательное *не возникает само"*.

При анализе сновидений врач наталкивается на сопротивление, особенно когда речь заходит о вещах, с точки зрения пациента, малозначительных, не от-

носящихся к делу, или предметах, о которых неприлично говорить.

Фрейд считает, что как раз те мысли, которые пациент пытается подавить, оказываются наиболее важными, наиболее решающими для вскрытия бессознательного. «Мы постоянно наталкиваемся на сопротивление, — пишет Фрейд, — когда хотим от заместителя, являющегося элементом сновидения, проникнуть в его скрытое, бессознательное. Таким образом, мы можем предположить, что за заместителем скрывается что-то значительное. Иначе к чему все препятствия, стремящиеся сохранить скрываемое? Если ребенок не хочет открыть руку, чтобы показать, что в ней, значит там что-то, что ему не разрешается иметь».

Из сказанного следует еще одно условие, которое непременно следует разъяснить анализируемому: не замалчивать ни одной из пришедших ему в голову мыслей, даже если они не соответствуют здравому смыслу и его понятиям о приличии.

Ключом к расшифрованию скрытого смысла сновидений Фрейд считал символы, которые, по его мнению, глубоко уходят своими корнями в мифологию, антропологию, языкознание и имеют «устоявшиеся переводы», т. е. в какой-то мере унифицированы и пригодны для расшифровки любых сновидений у разных людей.

По известным причинам символика сновидений у Фрейда носит почти всегда сексуальную окраску. Дома с совершенно гладкими стенами подразумевают мужчин, дома со свисающими выступами и балконами, за которые можно держаться, — женщин. Все длинные и торчащие вверх предметы, такие, например, как палки, зонты, шесты, деревья и т. п., обозначают мужской половой член. «Женские половые органы, — утверждает Фрейд,— изображаются символически при помощи всех предметов, обладающих свойством ограничивать полое пространство, что-то принять в себя, т. е. при помощи шахт, келей и пещер, при помощи сосудов и бутылок, коробок, табакерок, чемоданов, банок, ящиков, карманов и т. д. Судно тоже относится к их разряду. Многие символы имеют большее отношение к матке, чем к гениталиям женщины, таковы шкафы, печи и прежде всего комната. Символика

комнаты соприкасается с символикой двери, и ворота становятся символом полового отверстия».

Однако пансексуальная символика сновидений вызвала несогласие и аргументированную критику даже у самых близких учеников Фрейда (Адлер, Юнг и др.). Бумке в своей книге «Современные течения в психиатрии» (1929) писал: «Что молодой девушке может присниться, что ей нужно идти на вокзал и что она заблудилась и очутилась в лесу — каждый

может поверить Фрейду, но что вокзал означает преддверие вагины, а лес — лес срамных волос, — это я считаю предметом совершенно односторонней и исключительно уродливой фантазии».

Сам Фрейд на подобные нападки критиков отвечал довольно однозначно: «Я никогда, — говорил он, — не придерживался утверждения, часто мне приписывающегося, что интерпретация сновидений показывает, что все сны имеют сексуальное содержание или образуются сексуальными движущими силами».

Выраженная пансексуальная интерпретация сновидений заслуживает критического к ней отношения, но это не снижает роли Фрейда в исследовании механизмов сновидений, а главное — ни в коей мере не умаляет значения разработанного им метода анализа сновидений как составной части психоанализа.

Ниже приводятся два примера типичного фрейдовского анализа сновидений.

1.Сновидение. Он уезжает. Его багаж доставляется в экипаже на вокзал. Много чемоданов, один на другом. Среди них два больших черных «образцовых» чемодана. В утешение он кому-то говорит: «Так ведь эти едут только до вокзала».

Анализ. Он иностранец, путешествует с очень большим багажом. Во время лечения рассказывает много историй о женщинах. Два черных чемодана соответствуют двум брюнеткам, которые в настоящее время играют в его жизни главную роль. Одна из них хотела приехать вслед за ним в Вену, но по совету Фрейда он отказал ей по телеграфу (Фрейд, 1900).

2. Вольной Б. Импотент. Сновидение: «Я садист, руками беру какое-то животное (кажется кошку, но это не кошка, а что-то маленькое, шарообразное, человече-

ское, женское. Разрываю пополам, из него бежит горячая кровь, приложил к члену — приятно».

Анализ. Не зная анамнеза, по приведенному сновидению можно предположить, что сон имел место у импотента. Обычно субъект с половой слабостью в сновидениях «ведет наступление, прорывает фронт» и т. д. Анализ данного сновидения нельзя понимать иначе, как коитус полноценного мужчины с девственницей, т. е. желание, не осуществленное в жизни импотента и реализуемое во сне (Фрейд, 1900).

АНАЛИЗ ОШИБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЙ

К ошибочным действиям относят: оговорки (обмолвки), описки, очитки, ослышки. В определенном смысле к ним можно отнести забывания намерений, имен, названий, переживаний, затеривание и запрятыва-ние вещей. Сюда же относятся заблуждения, действия «по ошибке» и т. д.

Фрейд считал, что ошибочные действия не являются случайными, а представляют собой психические акты, в которых можно усмотреть смысл и намерение. Эти психические акты возникают в результате одновременного действия, или, точнее, противодействия противоположных желаний. При этом одно из конкурирующих желаний чаще всего то, которое не приносит удовольствия, отталкивается в подсознательное, но проявляется помимо воли (и сознания) пациента в том или ином ошибочном действии.

Фрейд без оговорок признает влияние побочных факторов, таких, как волнение, утомление, рассеянность, невнимательность, легкое недомогание и т. д. в качестве условий, способствующих ошибочным действиям. Но эти условия не являются главными, так как любые ошибочные действия возможны у совершенно здорового, хорошо отдохнувшего человека.

Ниже приводится несколько примеров, взятых из книги Фрейда «Введение в психоанализ. Лекции» (1989), на наш взгляд, наиболее демонстративных.

1. В своей вступительной речи профессор говорит: «Я не склонен (вместо не способен) оценить заслуги своего уважаемого предшественника» (geneigt вместо geeignet).

2. Президент палаты депутатов открывает заседание словами: «Господа, я признаю число присутствующих достаточным и объявляю заседание закрытым».

Обе оговорки, по мнению Фрейда, имеют скрытый смысл. В первом случае профессор не желал признавать заслуги своего предшественника; во втором президент не ждал от заседания ничего хорошего и сразу же готов был его «закрыть».

3. Молодой человек рассказал мне: «Несколько лет тому назад у меня были семейные неурядицы; я считаю свою жену слишком холодной, и хотя признавал ее прекрасные качества, мы жили без нежных чувств друг к другу. Однажды она подарила мне книгу, которую купила во время прогулки и считала интересной для меня. Я поблагодарил за этот знак «внимания», обещал прочитать книгу, спрятал ее и не мог потом найти. Так прошли месяцы, иногда я вспоминал об исчезнувшей книге и напрасно пытался найти ее. Полгода спустя заболела моя любимая мать, которая жила отдельно от нас. Моя жена уехала, чтобы ухаживать за свекровью. Состояние больной было тяжелое, жена показала себя с самой лучшей стороны. Однажды вечером, охваченный благодарным чувством к жене, я вернулся домой, открыл без определенного намерения, но как бы с сомнамбулической уверенностью определенный ящик письменного стола и сверху нашел давно исчезнувшую запрятанную книгу». Исчезла причина, комментирует Фрейд, и пропажа нашлась.

4. Из письма Фрейду: «Несколько лет тому назад я согласился вступить в комиссию одного литературного общества, предполагая, что оно поможет мне поставить мою драму. Каждую пятницу я появлялся на заседании, хотя и без особого интереса. Несколько месяцев назад я получил уведомление о постановке моей пьесы в театре в Ф. и с тех пор постоянно забываю о заседаниях этого общества. Когда я прочел Вашу книгу об этих явлениях, мне стало стыдно моей забывчивости, я упрекал себя, что это подлость — не являться на заседания после того, как люди перестали быть нужны,

и решил ни в коем случае не забыть про ближайшую пятницу. Я все время напоминал себе об этом намерении, пока, наконец, не выполнил его и не очутился перед дверью зала заседаний. Но к

255

моему удивлению, она оказалась закрытой, а заседание завершенным, потому что я ошибся в дате: уже была суббота!»

ПОКАЗАНИЯ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ К ПРАКТИКЕ ПСИХОАНАЛИЗА

Показания и противопоказания к психоаналитической терапии зависят от многих факторов: характера заболевания, личности больного, организации психотерапевтической помощи и т. д. Следует учитывать, что психоанализ — это длительное лечение, обычно требующее от 3 до 5 лет. Поэтому, прежде чем рекомендовать его больному, нужно взвесить все реальные возможности.

Любому методу психотерапии должен предшествовать правильный диагноз. Это в полной мере относится и к психоанализу. Еще Фрейд подчеркивал, что «психотические пациенты в сущности нарциссичны и не могут быть подвергнуты лечению психоанализом». Показаниями к классическому психоанализу являются такие неврозы, как неврастения, истерия, невроз навязчивых состояний, психогенная депрессия, психосоматические заболевания.

Психоанализ противопоказан при шизофрении, маниакально-депрессивном психозе. Показание к лечению психоанализом психопатий, перверсий, девиантных форм поведения в каждом случае должно решаться индивидуально.

У психоаналитиков существует понятие об *анализируемости* пациента, так же как, например, у психотерапевтов, ориентированных на суггестивную терапию, понятие о *внушаемости.* Анализируемость зависит в основном от личностных особенностей пациента. Только человек с сильной мотивацией сможет успешно «работать» в аналитической ситуации. Не могут рассчитывать на успех пациенты, которые ждут от психоанализа быстрых положительных результатов или заинтересованных в своем болезненном состоянии (истерический невроз, некоторые формы перверсий).

Анализируемость пациента зависит от его способности снять контроль над своими мыслями и чувствами, позволить им проявляться пассивно, без должной верифика-

256

ции. Одним из факторов, способствующих успеху анализа, является способность к эмпатии, способность временно идентифицироваться с другими людьми. Замкнутые, эмоционально ригидные люди плохо поддаются психоаналитической терапии. Противопоказанием для психоанализа является слабоумие, а также выраженная импульсивность, исключающая терпение и длительную методическую работу.

Опыт показывает, что классический психоанализ менее эффективен у людей, не способных сформировать с аналитиком рабочий альянс и плохо формирующих невроз переноса. Трудно поддаются психоанализу и те пациенты, которые формируют чрезмерно выраженный невротический перенос. Фрейд (Freud, 1915) описал тип невротической пациентки, развившей сильный эротический перенос, который не поддавался аналитической технике.

В заключение следует подчеркнуть, что психоанализ, как и любой метод психотерапии, не может быть панацеей от всех заболеваний. Он может быть только «предметом выбора», и показания его весьма ограничены.

Следует напомнить слова Фрейда, который уже в конце жизни на основании огромного опыта отмечал, что «область применения психоаналитической терапии составляют неврозы перенесения — фобии, истерия, неврозы навязчивостей, кроме того, нарушения характера, появляющиеся в результате этих неврозов. Всё отличающееся от этого... в большей или меньшей степени непригодно» (Freud, 1933).

ЛИЧНОСТЬ АНАЛИТИКА

Какой минимум требований предъявляется к психоаналитику?

Психоаналитик должен уметь использовать для анализа не только чужие (пациента) психические процессы, но и свои собственные. Искусность психоаналитика тем выше, чем больший доступ он имеет к собственному бессознательному. Требование классических аналитиков, чтобы каждый психотерапевт, прежде чем приступить к психоаналитическому лечению, сам подвергся анализу у опытного аналитика, во многом определяется тем, что

257

анализ самого аналитика делает доступными для его сознательного *Эго* важные бессознательные побуждения, защиты, фантазии и конфликты его собственной инфантильной жизни и их более поздние дериваты. Наиболее важным умением, которым аналитик должен обладать, является умение соотносить сознательные мысли, чувства, фантазии, импульсы и поведение пациента с их бессознательными предшественниками. Он должен уметь чувствовать, что лежит за продукцией пациента, за его вопросами, за его эмоциями.

Аналитик должен уметь идентифицироваться с пациентом, но понимание истоков мыслей и переживаний, предложенных пациентом, у аналитиков должно идти дальше. Опытный аналитик умеет пользоваться своей интуицией, которая тесно связана с эмпатией.

Хорошая интуиция и развитая эмпатия совершенно не означают, что для создания психоаналитической ситуации аналитику совсем не нужны знания теории и техники психоанализа. Как раз наоборот, знание теории психоанализа позволяет аналитику овладеть искусством техники анализа. Никто не может быть полностью и до конца проанализирован, но это свидетельствует скорее не о плохом профессионализме аналитика, а о том, что у каждого человека есть область, куда его сознательное *Эго* не может проникнуть.

Предположим, что аналитик, используя свои интуицию, эмпатию и теоретические знания, глубоко разобрался в материале пациента. В таком случае возникает проблема — как сообщить больному результаты. Нужно сформулировать

свою точку зрения так, чтобы смысл ее был ясен и точен. При этом имеют значение и язык, и интонация, и мимика. Более того, аналитик прежде должен решить: нужно ли пациенту в данный момент констатировать свои выводы, не будет ли это травмировать его, а если да, то в какой мере. Важно также, чтобы словарь аналитика не очень отличался от словаря пациента. Если аналитик увлечется терминологией, то пациент просто не поймет его.
В аналитической практике высоко ценится искусство молчания. Многозначительное молчание часто травмирует не меньше, чем слово, а поэтому должно быть точно дозировано.

258

Психоаналитическая ситуация требует от аналитика, чтобы во взаимодействии с пациентом он был в состоянии поддерживать, с одной стороны, невроз переноса, а с другой — рабочий альянс. Это требует от аналитика определенных способностей и умения, так как невроз переноса всегда находится в оппозиции к рабочему альянсу. Опытный аналитик знает, что как «правило абстиненции», так и «правило зеркала» должны использоваться в меру и уравновешивать друг друга.
В этом отношении уместно напомнить 5 правил Гринсона (Greenson,1986):

1) всякое высказывание пациента заслуживает внимания аналитика;
2) нельзя причинять пациенту боль больше той, которая необходима;
3) аналитик должен быть для пациента гидом на всем пути нового для него психоаналитического лечения;
4) аналитик обязан заботиться о сохранении у пациента самоуважения и чувства собственного достоинства;
5) поведение и высказывания аналитика должны быть ориентированы на единственную цель — лечение.

Искусство аналитика во многом зависит от его личностных особенностей. Никто не рождается аналитиком и никто не становится им вдруг. Прежде всего он должен проявлять истинный интерес к людям, к их болезням и страданиям, а не использовать анализ только как средство собственного существования. Любознательность, живость воображения, любовь к фантазии, гармонично сочетающиеся с умением трезво анализировать — необходимейшие и наиболее ценные черты аналитика. Терапевт должен быть относительно свободен от различных табу и ограничений, которые общество всегда налагает на взаимоотношения между людьми. В высказываниях пациента для него не должно быть ничего нелепого или отвратительного. Способность понимать бессознательное другой личности исходит из способности к эмпатии. Эмпатия является формой понимания другого человека путем временной и частичной идентификации с ним. Аналитик должен уметь выражать свои мысли просто и живо; его разговорный язык можно сравнить с хорошо разработан-

259

ними руками хирурга. Аналитик должен уметь молчать. Чтобы детализировать свои мысли, фантазии» чувства, пациенту нужно на время забыть об аналитике или отодвинуть его на задний план. Аналитик должен обладать чувством такта и уметь выбрать время для интерпретации своих наблюдений.
Второй, не менее важной задачей аналитика является формирование у пациента невроза переноса, а для этого требуются особенности, часто противоположные только что описанным. Так, чтобы облегчить развитие невроза переноса, аналитик должен оставаться относительно анонимным, а иногда провоцировать пациента к реакциям переноса. Не случайно Фрейд сравнивал эмоции работающего аналитика с эмоциями оперирующего хирурга. Нередко терапевт, особенно если он противоположного с пациентом пола, испытывает на себе перенос любви. Фрейд посвятил этому вопросу специальную работу («Наблюдение по переносу любви», 1915), в которой он дает такие наставления аналитику: «Он должен проявить заботу, не уходя от переноса любви, не отвергая его, не делая его безвкусным для пациента; просто он должен твердо воздержаться от любых ответов на него. Он должен понимать, что такое перенос любви, но обращаться с ним так, будто это что-то нереальное, будто это ситуация, которая должна пройти через лечение и вернуться назад, к своим неосознанным истокам».
Сопереживание, забота и теплота всегда должны быть присущи аналитику, однако при необходимости он должен уметь занять позицию бесстрастного наблюдателя. Искреннее приятие и терпимость аналитика к любому материалу пациента, его внимательное отношение ко всем деталям вне зависимости от того, насколько они отвратительны или примитивны, прямой и решительный подход к наиболее деликатным вопросам — все эти качества несомненно способствуют созданию продуктивной психоаналитической ситуации.
Одним из наиболее важных открытий Фрейда было то, что поведение и мысли человека являются совокупным результатом инстинктивных побуждений, конституции и опыта. Это означает, что мастерство аналитика нельзя рассматривать в отрыве от особенностей его личности.

260

Аналитик должен быть готов к тому, что жизненный путь его не будет усыпан розами. Грамотный анализ — альтернатива подхалимажу. Многие уверены, что Карнеги учит правильным межличностным отношениям. Это заблуждение. Карнеги учит искусству подхалимства. Действительно, подхалимство старое, испытанное оружие завоевания расположения окружающих, будь то начальник или женщина, а подхалим — всегда «уважаемый» человек. Но подхалим не в состоянии вскрыть сущности внутренних процессов, определяющих межличностные отношения. Наоборот — он камуфлирует, искажает их.

Грамотный психоанализ вскрывает внутренние механизмы поведения человека, делает межличностные отношения «прозрачными». При этом для аналитика более важное значение имеет не вербальная информация, а то, что за ней кроется.

Если, например, пришедший с работы отец встречает любимого маленького сына словами: «Ах ты, разбойник, ах ты негодник», а глаза его при этом улыбаются, черты лица становятся мягкими, то для аналитика в этом случае вербальная информация имеет второстепенное значение.

Примерно то же самое происходит, когда опытный аналитик наблюдает за поведением «сильных мира сего», слышит их выступления... Поэтому аналитик — всегда нелюбимое дитя у тех, кто манипулирует окружающими людьми.
Всякий выдающийся лидер — почти всегда хороший актер.
А кому же хочется быть «голому», кто в состоянии сыграть свою роль «без маски»?
Умные и сильные лидеры всегда, под любым видом, прислушиваются к голосу аналитиков (вспомните шутов при королях и т. п.), но большинство боится их. Особенно нелюбим аналитик в тоталитарном обществе. Фрейда одинаково люто ненавидели и Сталин и Гитлер. Вот что писал Т. Манн о Гитлере: «Как должен такой человек ненавидеть анализ! Я втайне подозреваю, что злобная ярость, с коей он пошел в поход на некую столицу, относилась, в сущности, к живущему там старому аналитику, его испытанному и настоящему врагу — к философу, разоблачившему невроз, великому обладателю и распространителю отрезвляющего знания».

САМОАНАЛИЗ

Вопрос о том, возможен ли самоанализ как метод лечения и самосовершенствования, возник почти одновременно с научным классическим психоанализом Зигмунда Фрейда. Следует отметить, что сам Фрейд относился к возможностям самоанализа скептически, хотя, анализируя собственные сновидения («Толкование сновидений»), косвенно как бы соглашался с такой возможностью.

Более четкую позицию в этом отношении занимали современники Фрейда видные психоаналитики Дэвид Сабури («Путешествие в самосознание») и Карен Хорни* (« Самоанализ »).

Хорни полагает, что самоанализ возможен и может приносить положительные результаты, если соблюдаются определенные условия. Каковы же эти условия?

Во-первых, считает Хорни, у пациента должен быть достаточно сильный побудительный мотив для самоанализа, иначе этот длительный и трудный процесс познания самого себя обречен на неудачу. Во-вторых, грамотный анализ невозможен без минимума специальных знаний о природе бессознательных сил, о формах их проявления, об основных технических приемах психоанализа. Поэтому самоанализ возможен только у пациентов, уже прошедших анализ с опытным психоаналитиком. Это означает, что, начиная самолечение, они уже знакомы с методом, позволяющим проникнуть в сферу бессознательного, и знают из опыта, что при психоанализе ничто не может помочь, кроме безжалостной правды перед самим собой. И, наконец, в третьих, самоанализ может принести

* Хорни Карен (1885—1952) — одна из ярких представительниц неофрейдизма. Получив образование в Германии, в 1932 г. эмигрировала в США, где основала независимую Ассоциацию развития психоанализа.

Первая же книга «Невротическая личность нашего времени» (1937) принесла Хорни известность; вторая кии-га — «Новые пути психоанализа» была прямым вызовом ортодоксальному психоанализу. В 1942 г. вышли в свет книги «Самоанализ» и «Наши внутренние конфликты»» в 1945 г. — «Невроз и человеческий рост. Борьба за самореализацию».

желательные результаты только в тех случаях, если он применяется как дополнение к психоанализу, проводимому с врачом.

Итак, если самоанализ возможен, встает другой вопрос: «А нужно ли это? Не принесет ли это вместо пользы вред?» Недаром же Фрейд сравнивал психоанализ с хирургией, хотя и добавлял, что «люди не умирают от неправильного применения психоанализа, в то время как они могут умереть от плохо сделанной операции».

Известно, что временное ухудшение возможно и при проведении психоанализа совместно с психоаналитиком, так как любое «вскрытие» вытесненного материала часто вызывает травму, до этого ослабленную защитными механизмами. Но с помощью психотерапевта это ухудшение обычно быстро проходит.

Опыт показывает, что при самоанализе защитные механизмы, в том числе и сопротивление, не дают индивидууму проникнуть в собственное бессознательное столь глубоко, чтобы это стало опасным. Даже если анализирующий себя человек проникает в небезопасные глубины своего бессознательного, он, в силу тех же защитных механизмов, будет интерпретировать их таким образом, чтобы опустить наиболее травмирующие моменты.

Самоанализ может проводиться параллельно основному курсу психоанализа (в свободное от сеансов время), во время перерывов в лечении (вынужденных или запланированных), как продолжение основного курса (поддерживающее лечение).

Естественно, что по эффективности самоанализ не может конкурировать с психоаналитическим лечением, проводимым с психоаналитиком, но это не означает, что самоанализ в принципе бесполезен.

ПСИХОСИНТЕЗ

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ПСИХОСИНТЕЗА

Еще П. Жане говорил о *ментальном синтезе,* имея в виду ликвидацию диссоциации психических процессов, возникающих иногда в результате психотравмы. Е. Кречмер писал о *психосинтезе,* или *синтезе существования,* подразумевая под этим развитие целостной и гармоничной личности. К. Юнг ввел понятие о *синтетическом этапе аналитической психотерапии.* Однако основателем психосинтеза как метода психотерапевтического лечения по праву считают итальянского психиатра **Роберто Ассаджиоли*.**

Если существует анализ (разложение на части), то существует и синтез (создание целого из частей). Для того чтобы найти причину дисгармонии, невроза, предпочтителен анализ. Для того чтобы создать гармонию, гомеостазис, предпочтителен синтез. Дисбаланс (психический дискомфорт) часто возникает потому, что наши психические процессы разрознены или даже противоречат друг другу. Ассаджиоли считал, что в процессе психосинтеза нужно эти «части», эти разрозненные психические процессы, желания, стремления прежде осознать, а потом — объединить. Но не просто объединить, а объединить так, чтобы возникла гармония.

В основе психосинтеза лежит психоанализ Фрейда, однако оригинальность отдельных теоретических взглядов и методологических подходов в лечении позволила

* Ассаджиоли (Assaqioli) Роберто (1888—1974) — ученик Фрейда. В 1926 г. во Флоренции создал Институт психосинтеза, ставший первым международным центром подготовки психотерапевтов-психосинтетиков. В настоящее время в Европе, США и Канаде создано около 100 институтов и центров психосинтеза.

Основная монография Ассаджиоли — «Психосинтез» (Нью-Йорк, 1967) положена в основу предлагаемого авторами материала.

Ассаджиоли создать самостоятельное психотерапевтическое направление.

Основная трудность психосинтеза, так же как и психоанализа, состоит в том, что работа с пациентом в основном идет на уровне его бессознательного.

Чтобы лучше понять сущность психосинтеза как **метода** психокоррекции, вначале целесообразно рассмотреть концепцию Ассаджиоли о структуре личности, которая отличается от подобных концепций Фрейда и Юнга.

Структура личности, или «карта внутреннего мира» (рис. 9), по Ассаджиоли, состоит из низшего бессознательного (1), среднего бессознательного (2), высшего бессознательного (3), поля сознания (4), сознательного *Я* (5), высшего *Я* (6) и коллективного бессознательного (7).



Рис. 9. Структура личности по Ассаджиоли. Объяснения в тексте

Низшее бессознательное представляет собой наиболее примитивную часть нашей личности. В него входят: простейшие формы психической деятельности, управляющие жизнью тела; основные влечения и примитивные побуждения; многочисленные комплексы, несущие сильный эмоциональный заряд; образцы кошмарных сновидений и фантазий; неконтролируемые парапсихические процессы.

Среднее бессознательное (предсознательное) — область, где пребывают все психические навыки и состояния. Здесь происходит усвоение полученного опыта, зарождаются и созревают плоды нашего ума. Среднее

бессознательное и сознание тесно связаны между собой и могут спонтанно переходить друг в друга.

Высшее бессознательное (супербессознательное) — область формирования и источник вдохновения, творчества, героизма, альтруизма и других высших чувств. Здесь же, по мнению Ассаджиоли, зарождаются и сосредоточиваются высшие парапсихические функции и духовная энергия.

Нельзя говорить, что низшее бессознательное «хуже» высшего. Просто низшее бессознательное — это начало, основание, а супербессознательное — это резерв развития личности.

Поле сознания — это непосредственно осознаваемая нами часть личности. Это непрерывный поток ощущений, мыслей, желаний, доступных нашему наблюдению и анализу.

Сознательное Я — это центр нашего сознания, но это не есть осознаваемая нами часть личности (поле сознания). Ассаджиоли так подчеркивает эту разницу: «Существующее между ними различие в каком-то смысле напоминает различие между освещенной зоной экрана и проецируемыми на ней изображениями».
Именно этот элемент личности Ассаджиоли называет *Эго.*
Высшее Я — наша истинная сущность. Сознательное *Я* изменяется или исчезает при нарушении сознания (кома, обморок, наркоз, состояние гипноза и т. д.). Высшее *Я* не изменяется и не исчезает. Поэтому Ассаджиоли называет его истинным *Я* и считает, что именно из него после глубокого сна, обморока или наркоза *Я* снова возвращается в «поле сознания», т. е. снова начинает осознаваться нами.
Ученик Ассаджиоли Пьеро Ферруччи* ввел понятия *персонального Я* и *трансперсонального Я.* Создается впечатление, что в каждом из нас существует два *Я* (то же самое указано и на схеме структуры личности по Ассаджиоли (рис. 9)). Личное *Я* не осознает трансперсональное *Я»* а трансперсональное — не проявляет себя в нашем сознании. С другой стороны, сам Ассаджиоли пишет:

* Ферруччи (Ferrucci) П. Кем мы можем быть. Лос-Анджелес, 1982.

«В действительности нет двух Я, двух независимых и обособленных существ. Есть только Я, которое проявляется на разных уровнях сознательности и самопостижения».
Осознание персонального *Я* — условие психического здоровья, реализация трансперсонального Я — признак духовного совершенства.
Наша психика не изолирована, она, по образному выражению Ферруччи, плавает в океане, который Карл Юнг назвал коллективным бессознательным. По мнению Юнга, коллективное бессознательное содержит в себе опыт всего человечества и передается из поколения в поколение. Ассаджиоли подчеркивает, что внешний овал его схемы «Структура личности», не случайно представляющий пунктирную линию, следует рассматривать не как «отделяющий», а только как «разграничительный» с коллективным бессознательным Юнга.

ТЕХНИКА ПСИХОСИНТЕЗА

Основными задачами психосинтеза, по Ассаджиоли, являются: постижение своего истинного (высшего) Я, достижение, на основании этого, внутренней гармонии и налаживание адекватных отношений с внешним миром, в том числе и с окружающими людьми.

На пути выполнения этих задач Ассаджиоли выделяет несколько основных этапов:
• глубинное познание своей личности;
• контроль над различными ее элементами;
• постижение своего истинного Я — выявление или создание «объединяющего центра» Я;
• психосинтез: формирование или перестройка личности вокруг нового центра.

Глубинное познание своей личности. Познание личности нужно начинать с низшего бессознательного, со вскрытия «комплексов», которые были унаследованы из сознания еще в младенческом возрасте. Ассаджиоли называет их «фантазиями», «мыслеобразами», «темными силами» и придает им (так же, как и Фрейд) большое значение в формировании неврозов.

Далее необходимо исследовать среднее и высшее бессознательное. В результате мы можем обнаружить в себе

скрытые способности, истинное призвание, свои резервные возможности. Все это чистой воды психоанализ, и проводить его лучше с помощью опытного психоаналитика. Так считает и Ассаджиоли, только в отличие от Фрейда он рассматривает психоанализ не как окончание, а как начало лечения.

Контроль над различными элементами личности. Раз* деление психосинтеза на этапы несомненно условно, так как все они тесно взаимосвязаны. Особенно это касается двух последующих этапов: контроля над различными элементами личности и постижения своего истинного Я. Такое разделение оправдано только в качестве методологического подхода, как элемент техники лечения.

Для того чтобы приобрести контроль над отдельными элементами личности, нужно их сначала выявить, а это невозможно без одновременного отграничения и постижения своего истинного Я.

С этой целью в психосинтезе применяют два основных метода: метод разотождествления и работу над субличностями. Оба метода базируются на психологическом принципе, который Ассаджиоли сформулировал следующим образом: «Над нами властвует все то, с чем мы себя отождествляем. Мы можем властвовать над тем и контролировать все то, с чем мы себя отождествляем».

Разотождествление. Человеку, в отличие от животного, присуще самосознание. Самосознание в свою очередь сопровождается процессом отождествления себя с наиболее актуальными элементами личности, чувствами, желаниями. Одни отождествляют себя преимущественно со своим телом (спортсмен, манекенщица), другие — с интеллектом (ученый, «премудрый пескарь»);
третьи — с чувствами (влюбленный юноша). Такое однобокое отождествление себя с одной из частей своей личности прежде всего затрудняет познание «себя для себя». Более того, длительное отождествление себя с отдельными элементами личности нередко ведет к трагедии: «страдающий спортсмен», «блекнущая актриса», «ушедший в отставку политик» и т. п. Эти отождествления могут быть стойкими, но могут носить и временный характер. Каждый из нас временами говорит (или думает): я раздражен;
у меня все валится из рук; у меня ничего не получается. Мы можем сдаться этим чувствам или отождествиться с

ними и надолго впасть в гнев или депрессию, а можем и отграничить эти чувства от своего сознательного Я, осознать их, постараться увидеть их причину и нежелательные последствия. Иногда этого бывает достаточно, чтобы выдержать наступление «темных» сил.

Смысл разотождествления, учит Ассаджиоли, заключается в том, чтобы отделить выделенные комплексы и «мыслеобразы» от нашего сознательного Я, разложить их на элементы и постараться контролировать их и управлять ими. «Иными словами, — пишет Ассаджиоли, — нам следует наблюдать их холодно и бесстрастно — так, как если бы они были просто внешними природными явлениями. Необходимо установить между собой и ними «психологическую дистанцию» и, удерживая эти комплексы и мыслеобразы, так сказать, на расстоянии вытянутой руки, спокойно изучать их происхождение, их природу и — их глупость».

Это не означает, что энергию этих негативных чувств и желаний нужно обязательно сдерживать и подавлять. Эту энергию нельзя пускать и на самотек. Нужно научиться контролировать ее и управлять ею, направляя в конструктивное русло, но это возможно только при отграничении и постижении стержня своей личности, своего истинного Я.

Работа над субличностями. По образному выражению П. Ферруччи, субличности — это «психологические сателлиты, существующие как множество жизней внутри всецелой личности». Каждая личность, с одной стороны, целостностна и уникальна, с другой — многослойна и разнолика. В каждом из нас уживается множество «типажей», часто противоположных друг другу. Еще К. Юнг, говоря о структуре личности, выделил «тень», противопоставляя ее нашему осознаваемому Я. Число субличностей бесконечно. Они изменчивы. Чем их больше, тем человек внутренне богаче, но и менее целеустремлен.

Вообще можно быть целеустремленным и при большом богатстве субличностей, но для этого нужно, чтобы они находились в определенном согласии, в гармонии. Нельзя говорить о хороших или плохих субличностях, так как все они выражают лишь многогранность нашей целостной личности. Но иногда одна (или несколько) из субличностей доминирует и начинает контролировать наши чувства и поведение.

В первую очередь важно распознать свои основные субличности (обычно их две-три). Уже одно это дает вам возможность составить более четкое представление о вашей внутренней жизни. Когда вы распознаете субличность, то обретаете возможность как бы отстраниться от нее и наблюдать за ней со стороны. Этот процесс в психосинтезе называется *дисидентификацией.* Человек более склонен к идентификации; дисидентификация — обратный процесс. Если одна из субличностей начинает «контролировать» вас, то задача психосинтеза — добиться дисидентификации с ней, избежать подчиненности ей, а в последующем самому контролировать ее влияние. Это возможно только при повышении чувства истинного Я — объединяющего центра личности. Из «центра» мы можем наблюдать ту или иную свою субличность, а при определенной тренировке — управлять ею. Что дает работа с субличностями? Подводя итоги этой сложной работы, П. Ферруччи (1985) в качестве наиболее важных отмечает следующие.

Мы учимся узнавать наши разные и противоречивые стороны, подвергаясь, таким образом, минипсихоанализу. В результате мы как бы «усыновляем» все наши части вместо того, чтобы загонять их в бессознательное.

Мы учимся быть свободными от контроля сил, которые обычно доминируют над нами, перебрасывая нас из стороны в сторону как пинг-понговый мячик.

Мы повышаем нашу интеграцию, давая возможность субличностям стать синергистами, а не антагонистами.

Мы можем поднять нашу субличность к ее наивысшему потенциалу и таким образом открыть, что каждый психологический аспект несет в себе зерно собственной трансформации.

И, наконец, снимая маски одну за другой, мы все больше приближаемся к нашему «центру» — нашему истинному Я. Следует добавить, что работа должна проводиться с каждой субличностью по-очереди. Только так мы можем осознать, какое место она занимает в нашей личности, осознать динамику и взаимозависимость отдельных субличностей.

Постижение своего истинного *Я* — выявление или создание объединяющего центра Я. Сущность постижения истинного *Я* заключается в расширении узкого поля личного сознания в основном за счет высшего бессознательного, объединения низшего *Я* с высшим *Я* (рис. 9). Все, казалось бы, просто: нужно познать свою истинную сущность, свое «ядро», но, как справедливо подчеркивает Ассаджиоли, «за этими легко произносимыми словами скрывается сложнейшее предприятие». С позиции психосинтеза истинное *Я* рассматривается как самая элементарная и вместе с тем неизменная часть нашей личности — ее ядро. Причем оно полностью отличается от всех других элементов нашей личности (чувства, мысли и т. п.). В результате истинное *Я* может функционировать как «объединяющий центр», координирующий взаимодействия всех остальных элементов личности.

Все остальные элементы личности могут меняться с возрастом в зависимости от той или иной ситуации, от того, здоров человек или болен, пребывает он в радости или печали, но есть в человеке нечто, что всегда остается одним и тем же. Это «нечто» и есть истинное *Я.* «Можно сказать, — пишет П. Фер-руччи, — что истинное *Я* — это состояние сознания в его химически чистом, неразведенном виде; это состояние психической наготы, в котором мы сняли с себя все психические одежды — мысли, чувства и представления, телесные ощущения».

И вот это «чистое сознание», оставаясь стержнем личности, может легко идентифицироваться с различными элементами личности, но при определенном навыке может отделиться от них, стать «самостоятельным, независимым центром» (дисидентификация), из которого, как из укрепления, можно наблюдать за своими эмоциями, мыслями, поступками, а при соответствующей тренировке — управлять ими.

Таким образом, истинное *Я* — это та часть личности, которая способна отслеживать любой аспект нашей психики, не будучи вовлеченной в ее атмосферу. А это позволяет, в свою очередь, находить тот баланс (гомеостазис), достигать той гармонии, которые необходимы для психического и физического комфорта. В этом контексте

интересна мысль П. Ферруччи: «В психосинтезе *Я* не является ни пассивным зрителем, ни актером. Оно — скорее продюсер, ставящий шоу, отвечающий за качество, своевременность и чуткое руководство».

Процесс познания истинного *Я* достаточно сложен, и не каждый пациент даже с помощью опытного психотерапевта в состоянии быстро достичь конечного результата.

В качестве промежуточной стадии Ассаджиоли рекомендует формирование «внешнего обюъединяющего центра» (рис.10).

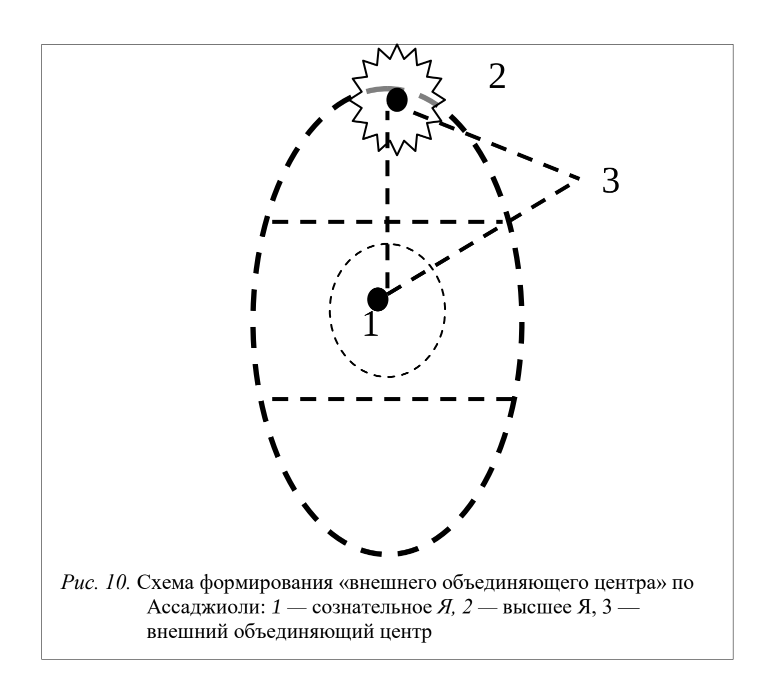


Рис. 10. Схема формирования «внешнего объединяющего центра» по Ассаджиоли: *1* — сознательное *Я, 2* — высшее Я, 3 — внешний объединяющий центр

Можно создать приемлемый для себя идеальный образ и во всем подражать ему*. Некоторые личности, особенно экстраверты, иногда спонтанно проецируют жизненный центр своей личности вовне. Это патриот, полностью отождествляющий себя с Родиной, или любящая женщина, отождествляющая себя с любимым мужчиной.

Такого рода проекции вовне, учит Ассаджиоли, нельзя недооценивать, так как это достаточно удачная форма

* Этот прием используется иногда как самостоятельный метод психотерапии — имаготерапия (от греч. Imago — образ). Метод имеет много общего с тем, что писал К. С. Станиславский о процессе работы актера над собой.

опосредованного самопостижения. Если человек не растворится в своем внешнем объекте, в своем кумире (а с помощью психотерапевта этого легко избежать), то он постигает себя, свое истинное *Я* через посредство этого внешнего идеала. Таким образом, внешний «объединяющий центр», который отражает и символизирует тождественный идеал, может стать связующим звеном между «низшим» и «высшим» Я.

Психосинтез: формирование или перестройка лично-ста вокруг истинного Я или внешнего «объединяющего центра". Процесс психосинтеза можно условно разделить на несколько этапов**.**

1. Выбор новой личности, к которой мы стремимся. Мы должны мысленно представить себе эту «идеальную модель», желательно визуализировать ее, подумать о том, чтобы она была для нас реалистичной, а потому достижимой.

Все многообразие «идеальных моделей» обычно можно свести к двум основным группам.

К первой группе относятся образы, олицетворяющие внутренние гармоническое развитие, духовное совершенство. Такие «модели» более актуальны для интровертов.

Вторая группа образов олицетворяет совершенство в определенной сфере деятельности (ученый, бизнесмен, политик и т. д.). Такие «идеальные образы» чаще выбирают экстраверты.

Главное, чтобы выбранная вами для дальнейшего формирования «идеальная модель» была согласована с естественным ходом развития вашей собственной личности. Можно в результате психосинтеза стать лучше, стать совершеннее, но нельзя стать совсем другим — своим антиподом. Помните, что формировать «идеальную модель» вам придется из элементов своей собственной личности.

2. Использование всех имеющихся в распоряжении энергий. К ним Ассаджиоли относит, прежде всего: 1) силы, высвобождающиеся в процессе анализа, в том числе и в процессе «высвобождения» бессознательных комплексов; 2) устремления к гармонии, идеалу, присутствующие на разных психологических уровнях пациента и до конца не осознанные, или, как говорит Ассаджиоли, «до поры обойденные вниманием».

Для того чтобы использовать энергию бессознательного, ее необходимо направить в нужное русло, превратить во что-то иное, «трансмутировать»*.

3. Развитие недостающих (или недостаточно развитых) для формирования «идеальной модели» элементов личности. Эта задача может быть решена двумя основными путями: 1) формированием новых качеств и самовнушением; 2) с помощью систематической тренировки недостаточно развитых психических функций, таких, например, как память, воображение, чувства и т. п.

4. Координация и соподчинение (субординация) различных элементов психики, осознание гармонической целостной структуры личности. Это можно сравнить с творческим объединением (синтезом) отдельных звуков (нот), цель которого — гармоничная музыка.

* **

В зависимости от области и цели применения психосинтез может быть:

• методом самопознания и саморазвития личности;
• методом лечения (в основном пограничных нервно-психических расстройств и психосоматических заболеваний);
• методом воспитания.

Главу хотелось бы закончить еще одной интересной мыслью, которую Ассаджиоли высказал почти 30 лет тому назад, но которая актуальна и в наши дни.

Мысль эта заключается в том, что индивидуальный психосинтез является частным случаем всеобщего межперсонального синтеза. Человек не живет в вакууме. Каждый индивидуум тесно связан с другими индивидуумами, поэтому человека следует рассматривать как элемент человеческой группы. Малые группы (семья) являются элементами больших групп (общественный класс, нация). Большие группы могут быть объединены в государства, а государства являются элементами человечества в целом.

* Термин «трансмутация» близок к фрейдовскому понятию «сублимация».

Между людьми внутри группы и между группами (малыми и большими) постоянно возникают конфликты, по своему механизму удивительно схожие с теми, которые присущи каждому отдельному индивидууму. Поэтому разрешать их *(межперсональный психосинтез)* можно по тому же плану и примерно теми же методами, с помощью которых осуществляется индивидуальный психосинтез. От анализа конфликтов» дисгармонии — к синтезу гармонии вокруг истинного и независимого «центра».

ПРАКТИЧЕСКИЕ УПРАЖНЕНИЯ*

Упражнение 1: «Возможности человека».

Немного тишины. Теперь с помощью воображения представьте себе страдания, которые выпадают на долю человека: боль, злоба, тревога, одиночество, безысходная тоска, отчаяние, безрассудство. Теперь, наоборот, поразмышляйте о скрытых резервах человека: разум, любовь, стремление к совершенству, жажда справедливости. Прочувствуйте силу и красоту этих скрытых возможностей. Представьте себе, что вы в состоянии избавиться от страданий и использовать имеющиеся в вас ресурсы.

Само представление о страданиях и скрытых душевных резервах уже есть начало работы над собой.

Упражнение 2: «Рабочая тетрадь».

Предназначена для регулярного фиксирования процессов развития внутренней жизни. Внешние события могут записываться постольку, поскольку они связаны с динамикой внутреннего мира.

Такая тетрадь преследует несколько целей:

• учит четко и ясно выражать свои мысли, свои внутренние переживания;
• учит из многих точек зрения выбрать одну, главную;
• способствует самораскрытию, то есть учит раскрывать себя для самого себя;
• является стимулятором творчества.

В этой тетради вы можете высказать мысли, которые «накипели» и которые вы не решитесь высказать даже в

*** За основу взяты упражнения, разработанные Р. Ассаджиоли, П. Ферруччи, М. Росселли, Д. Вечетти — Уойтмор и Т. Йоуменсом.**

лечебной группе, а это способствует снятию эмоционального напряжения.

Помимо текста в тетрадь можно заносить рисунки, схемы, только вам понятные символы. Такие рисунки отражают работу подсознания и могут использоваться для того, чтобы глубже понять себя.

Упражнение 3: «Кто я?»

Способствует выявлению нашего истинного *Я,* которое проявляется вовне не только положительными, но и отрицательными сторонами.

Выполняя упражнение, придерживайтесь следующего порядка.

Выберите тихое место, возьмите свою рабочую тетрадь, поставьте дату и напишите вопрос: «Кто я»? Ниже напишите ответ на этот вопрос. Постарайтесь, чтобы ответ был предельно открытым и честным. Можно задать этот вопрос несколько раз и несколько раз ответить на него.

Сядьте, закройте глаза, расслабьтесь. Мысленно задайте себе вопрос «Кто я?» и попытайтесь уловить на него ответ в форме образа. Беспристрастно изучите возникший образ, откройте глаза и опишите его.
Через минуту снова закройте глаза, и снова задайте себе тот же вопрос. Теперь позвольте ответу выразиться в движениях, в танце или пении. Доверьтесь мудрости своего тела. Возможно, вы выразите в движениях какой-то конкретный образ. После поделитесь своим опытом с кем-то, кому доверяете, или опишите свои ощущения в тетради.

Упражнение 4: «Разотождествление». Упражнение состоит из нескольких частей. Сядьте удобно, расслабьтесь. Мысленно скажите самому себе: «Я обладаю телом, но я не тело. Я ценю свое тело, я берегу его, я стремлюсь поддерживать его в добром здравии, но сам я — не только тело». Закройте глаза и сконцентрируйте внимание на основной идее: «Я обладаю телом, но я не тело».

После небольшой паузы мысленно скажите себе: «Я обладаю чувствами, но я не чувства. Чувства мои многообразны и изменчивы, они могут переходить от любви к ненависти, от спокойствия к гневу, от радости к горю...» в то время как мое истинное *Я* не меняется. Я знаю, что

чувства меняются и проходят, *Я* — остается». Закройте глаза и сосредоточьтесь на мысли: »Я обладаю чувствами, но я не чувства».

Несколько измените позу, сделайте 3—4 глубоких вдоха и выдоха и скажите себе: «Я обладаю интеллектом, но я не интеллект. Мой интеллект — это хороший инструмент для достижения цели и самовыражения, но он не составляет всей моей сути. Он изменяется в зависимости от возраста, от образования, моя же суть остается. Я обладаю интеллектом, но я не интеллект».

При определенной тренировке вы можете упростить упражнение и быстро проходить все этапы разотождествления (как при аутогенной тренировке):

«Я обладаю телом, но я не тело.»

«Я обладаю чувствами, но я не...»

«Я обладаю интеллектом, но я не...»

Упражнение 5: «Субличности».
Субличностями, по определению Тома Йоуменса*, называются «многочисленные психологические образования в рамках нашей собственной личности, у которых имеются свои собственные цели и потребности».
Некоторые из субличностей присущи только вам, другие, напротив, часто встречаются и у других людей. Например: Ребенок, Родитель, Зануда, Недовольный, Деловой.

Сосредоточьтесь и попробуйте мысленно ответить на следующие вопросы: какие субличности доминируют в вас: что ценное, а что отрицательное в этих субличностях;
каково ваше отношение к этим субличностям; можете ли вы управлять ими или они вас подавляют.
Поделитесь своим опытом с психотерапевтом.

Упражнение 6: «В саду».
Выберите субличность, которая наиболее доминирует **в вас и над** которой вы уже работали. Представьте ее ясно, **в образе,** в деталях...
Теперь вообразите, что вы находитесь вместе с ней в саду, где цветут чудесные цветы. Представьте всю прелесть этих цветов, ощутите их аромат. Теперь представьте ваше *Я* и свою доминирующую субличность. Посмот-

* Йоуменс Т. Практика психосинтеза. Сан-Хосе, 1989.

рите, как она выглядит сейчас: осталась прежней или изменилась? Дайте ей время насладиться прелестью сада и ароматом цветов. Теперь вы, в вашем воображении, проходите вместе с вашей субличностью к красивому кусту роз. Наблюдаете, как распускается бутон и расцветает прекрасная роза. Вы и ваша субличность ощущаете благоухание этого цветка, неповторимую прелесть его формы и цвета...
А сейчас посмотрите на вашу субличность. Как она выглядит? Изменилось ли ваше отношение к ней? Можете ли вы с ней сотрудничать или управлять ею?

Упражнение 7: «Восхождение».
Уединитесь, расслабьтесь. Выберите субличность, уже знакомую вам. Представьте себя в долине вместе с этой субличностью. Вчувствуйтесь в красоту долины, ощутите аромат цветов, трав... А теперь вместе с субличностью поднимайтесь в гору. Пробирайтесь сквозь заросли и каменные завалы, но идите все выше и выше. На протяжении всего восхождения сохраняйте контакт с вашей субличностью, и по мере восхождения вы будете замечать изменения, происходящие в ней. Чем выше, тем изменения заметнее. Достигнув вершины, вы можете наблюдать полную трансформацию субличности*. Позвольте субличности полностью выразить себя и пообщайтесь с ней.
Поделитесь своим опытом с психотерапевтом и запишите свои ощущения в рабочую тетрадь.

Упражнение 8. «Я не роль».

Сядьте удобнее, расслабьтесь, после этого мысленно скажите себе: «Я вовлечен в различные виды деятельности и играю множество ролей. Я должен играть эти роли, и я хочу играть их как можно лучше, будет ли это роль мужа или жены, отца или матери, учителя или ученика, предпринимателя или политика. Это не более чем роли — роли, которые я добровольно играю. Следовательно, эти

* Французский психолог Дизоль в экспериментах показал, что воображаемое восхождение в гору представляет внутренний акт подъема на высший уровень существования и, как следствие, приводит к повышению настроения и к появлению образов, несущих свет, добро, сострадание. С другой стороны, воображаемый спуск вызывает мрачные образы и чувство уныния.

роли — не я. Я могу со стороны наблюдать за своей игрой, могу быть не только актером, но и режиссером этого спектакля». Сосредоточьтесь на мысли: «Я играю нужную мне роль, но я — это не роль».

Поделитесь своим опытом с психотерапевтом.

Упражнение 9: «Отождествление с центром Я». Выполняется после того, как усвоено предыдущее упражнение. Разотождествив свое *Я* с телом, чувствами, умом, вы мысленно говорите себе: «Осознаю, что я — центр чистого самосознания и воли. Я отождествляю себя с этим центром чистого самосознания, признаю его устойчивость и силу... . Из этого центра, который и есть мое истинное Я, я могу наблюдать, управлять и согласовывать между собой и свой ум, и свои чувства, и свое тело».

По мере тренировки формулу отождествления можно упростить, а процедуру — ускорить. Конечная цель упражнения состоит в том, чтобы, быстро пройдя все стадии разотождествления, находится в «чистом» *Я* столько, сколько нужно. Когда это достигнуто, можно быстро и устойчиво разотождествиться с любой слишком сильной эмоцией, ненужной мыслью, неуместной ролью, заняв при этом позицию нейтрального наблюдателя. С такой позиции можно яснее увидеть смысл и значение ситуации и выработать для себя оптимальную линию поведения.

Упражнение 10: «Формирование нужного качества».

Упражнение рассчитано на формирование такого качества, как спокойствие, но это могут быть и смелость, и сострадание или любые другие эмоции, желания, черты характера, поведения.

Расслабьтесь. Сделайте несколько глубоких вдохов и выдохов. Повторите упражнение на разотождествление, зафиксируйте состояние своего «чистого» *Я.* Теперь сосредоточьтесь на понятии «спокойствие», осознайте ценность этого качества, его пользу в вашей бурной, полной тревог жизни.

Еще больше расслабьте мышцы, особенно мышцы лица, дышите ровно и спокойно — это физическая установка на спокойствие.

Теперь мысленно создавайте себе образ спокойного человека и попытайтесь войти в этот образ. Представьте

себе пустынный тихий пляж, лес или другое знакомое вам место, где вы чувствовали себя спокойно.

Когда упражнение будет достаточно освоено, попробуйте представить ситуацию или человека, которые обычно вызывают у вас раздражение или страх. Попробуйте при этом увидеть и почувствовать себя спокойным. Понаблюдайте со стороны, как вы — спокойный человек — ведете себя в этой ситуации.

Запишите свой опыт в рабочую тетрадь и поделитесь им со своим врачом.

Упражнение 11: «Формирование идеальной личности».

В основе упражнения лежит творческое воображение.

Начните с разотождествления и постарайтесь как можно дольше удерживать состояние «чистого» *Я.* После этого мысленно создавайте себе «идеальный образ», которому вы хотели бы подражать во всех отношениях. Постарайтесь, чтобы этот образ был реалистичным. Попробуйте описать его или зарисовать в рабочей тетради. Сравните созданный образ с собой, стараясь при этом быть предельно честным. Решите сами, чего в вас недостает и что у вас лишнее по сравнению с идеальным образом. Внесите коррективы в идеальный образ, чтобы он был еще более реалистичным, усовершенствуйте его. Когда вы убедитесь, что созданная вами модель совершенна и реалистична, переходите к следующему этапу упражнения.

Закройте глаза и визуализируйте себя в качестве этой модели. Изучите ее со стороны, после чего станьте этой моделью.

Эффект упражнения может быть положительным только при многократном его повторении.

Упражнение желательно повторять ежедневно, лучше утром сразу после сна. Заканчивайте упражнение решительным заявлением действовать весь день и во всех ситуациях в соответствии с созданным идеальным образом.

Упражнение 12: «Синтез».

Упражнение может быть частью или завершением упражнения 11.

Каждый из нас хотел бы быть гармоничной личностью. Но сначала нужно выявить и осознать полярные качества

своей личности (характера), а уж потом попробовать примирить их. Часто у личности недостаточно психической зрелости (подростки), и вместе уживаются рефлексия (неуверенность в себе) и самоуверенность, чувственность и черствость или даже жестокость, застенчивость и развязность, борьба с авторитетами и обожествление кумира, чувственное фантазирование и сухой рационализм.

Известно, что личность не может быть гармоничной, если идентифицирует себя только с одним из полярных качеств. Выберите полярное качество своей психики, с которым вы хотите работать.

Разделите чистый лист бумаги пополам и на половине листа нарисуйте одну из выбранных полярностей. На второй половине (напротив) сделайте свободный рисунок противоположной полярности. (Качество рисунка не имеет значения.) Итак, два полюса друг против друга. Вдумайтесь в их содержание, в возможность их взаимодействия.
Теперь ниже (или на другом листе) нарисуйте эти два полюса и изобразите их взаимодействие. Это могут быть: конфликтное столкновение, пробный контакт, отвращение и т. п.
Продолжайте делать рисунки, и пусть взаимодействие этих полярных качеств вырисовывается в какую-либо форму. Синтез может быть спонтанным: две части соединяются в одно целое. Если новое целое возникло, не бросайте его, а постарайтесь понять, что оно собой представляет и каково было ваше состояние, в котором появился этот синтетический образ.
Затем на обороте рисунка запишите все, что вы испытали, и сделайте предположение: как новый синтез мог бы осуществиться в вашей жизни.

ПОЗИТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Если психотерапевтическое направление, созданное Вильгельмом Райхом, в мировой литературе получило признание как «психотерапия, ориентированная на тело», а направление, созданное Карлом Роджерсом, — как «психотерапия, центрированная на клиенте», то направление, созданное Носсратом Пазешкианом, по праву можно назвать *«психотерапией, центрированной на конфликте».*
Речь идет о позитивной психотерапии. В Висбадене (Германия) сейчас создан Международный центр позитивной психотерапии, которым руководит Н. Пазешкиан. Подобные же центры создаются и в других странах мира, в том числе и в России (Архангельск, Екатеринбург, Казань).
Этот психотерапевтический метод не нужно переоценивать*, но нельзя не отметить, что он отличается оригинальностью и своей практической направленностью.
В 1993 г. Хамид Пазешкиан (сын П. Пазешкиана) опубликовал книгу «Основы позитивной психотерапии», которая и положена в основу этой главы.
Позитивная психотерапия основывается:
• на позитивном подходе к пациенту и заболеванию;
• на содержательной оценке конфликта;
• на пятиступенчатой терапии, в основе которой лежит самопомощь.

позитивный подход к пациенту И ЗАБОЛЕВАНИЮ

Позитивная психотерапия исходит из того, что любой человек независимо от его расы, социального по-

* Только в Германии сейчас насчитывается более 300 психотерапевтических «направлений», а в США их несколько тысяч (Цит. по X. Пазешкиану: Основы позитивной психотерапии, 1998. С. 10).

ложения и вероисповедания от природы обладает двумя основными способностями: способностью к познанию и способностью к любви.
Способность к познанию в свою очередь выражает рациональную, интеллектуальную суть человека (левое полушарие головного мозга), а способность любить — эмоциональную и душевную его суть (правое полушарие). Отмечено, что в Западной Европе, Америке больше выражена способность к познанию, в восточных странах — способность к любви.
В какой-то мере одни и те же психотерапевтические методики, хорошо «работающие» в Японии, Китае, малоэффективны в Германии или Америке (морито-терапия и др.).
Межкультуральный подход проходит красной нитью через всю позитивную психотерапию, так как позволяет лучше понять структуру конфликта и поведения пациента. Очень часто то, что неприемлемо в странах с одной культурой и традициями (прием алкоголя, особенности половых взаимоотношений и т. п.), приемлемо в других. Это не означает, что одна культура хорошая, а другая плохая. Просто они разные, а поэтому и поведение пациента с позиции той или иной культуры может трактоваться по-разному.
Поэтому сейчас можно добавить, что позитивная психотерапия исходит не только из способностей человека (способность к познанию, к любви), но определяется еще и культуральными особенностями среды, в которой воспитывается и живет этот человек.
Позитивная интерпретация симптомов или всего заболевания нередко противопоставляется общепринятой, «традиционной» их интерпретации.
С точки зрения позитивной психотерапии в каждом симптоме можно найти не только плохое (негативное), но и хорошее (позитивное) начало. Боль, например, можно интерпретировать как сигнал о бедствии, повышенную температуру тела — как хорошую сопротивляемость организма и т. д.

Х. Пазешкиан еще более расширяет позитивный подход к симптомам и синдромам самых различных заболеваний. Так, депрессию он интерпретирует как способность глубоко и эмоционально реагировать на

283

конфликты; импотенцию — как способность избегать конфликта в сфере сексуальности; фригидность — как способность телом сказать «нет»; нервную анорексию — как способность обходиться минимумом пищи; алкоголизм — как способность с помощью алкоголя сделать конфликтную ситуацию временно терпимой; паранойяльный синдром — как способность смотреть на себя как на центр мироздания, а психосоматические симптомы — как способность языком организма указывать на то, что в настоящее время нет других средств справиться с конфликтом.

Таким образом, по мнению Х. Пазешкиана, можно позитивно интерпретировать любое поведение, любое соматическое или психическое заболевание. Даже ночной энурез можно интерпретировать как «способность плакать вниз».

Основной целью позитивной психотерапии является изменение точки зрения пациента на свою болезнь и как следствие — новые возможности в поисках резервов в борьбе с недугом. А так как позитивная психотерапия исходит из того, что в основе многих психических и психосоматических заболеваний лежит конфликт, то смена точек зрения на симптомы или синдромы позволяет терапевту (и пациенту) более дифференцирование подходить к конфликту. Иными словами, психотерапевт, определив, что депрессия — это прежде всего «способность человека глубоко, эмоционально реагировать на конфликт», далее будет заниматься не столько депрессией, сколько конфликтом, который стоит за этим синдромом.

В позитивной психотерапии для достижения этой цели широко используются притчи, поучительные истории, «психотерапевтические сказки». По сути дела, каждый психотерапевт, имея богатый жизненный опыт, так или иначе пользуется этим методом (см. разд. *Нейролингвистическое программирование).* Важно, чтобы рассказанная история была яркой, в чем-то сходной с историей (конфликтом) пациента. Но сходство это не должно быть чрезмерно конкретным, «лобовым», а соприкасаться, с конфликтом пациента как бы по касательной. Тогда эффект от рассказанной истории будет сильнее.

284

Таким образом, позитивный подход к пациенту и заболеванию является составной частью позитивной психотерапии и, в свою очередь, состоит из трех основных компонентов: *учета межкультуральных особенностей, позитивной интерпретации заболевания и использования поучительных историй.*

АНАЛИЗ КОНФЛИКТА

В соответствии с концепциями позитивной психотерапии реакция на конфликтную ситуацию у любого человека проявляется через четыре основные «сферы разрешения конфликта»: через тело, деятельность, контакты и посредством фантазии.

Действительно, как показывает опыт, один человек реагирует на конфликт преимущественно эмоциями, что влечет за собой вегетативные дисфункции, психосоматические заболевания (тело); другой с головой погружается в работу или впадает в безделье (деятельность); третий продолжает конфликтовать или замыкаться в себе (контакты); четвертый уходит в богоискательство, мистику или начинает пить, создавая себе на время мир иллюзий (фантазии).

При этом одна из сфер реагирования обычно доминирует, а остальные как бы уходят на задний план. Это зависит от прежнего опыта пациента, от его личностных и культуральных особенностей. Имеются наблюдения, что у пациентов из Западной Европы и Северной Америки в разрешение конфликта чаще всего вовлекаются «тело» и «деятельность», а у пациентов с Востока — «контакты» и «фантазия». Беларусь не столько географически, сколько по своим культуральным особенностям стоит на перекрестье Запада и Востока, и поэтому формы реагирования на конфликт в нашем регионе могут быть самыми разнообразными.

Сферы разрешения конфликта. Все эти сферы взаимосвязаны, поэтому разрешение их имеет только методологическую направленность. Х. Пазешкиан (1993), подчеркивая их единство, писал: «Четыре сферы подобны всаднику, который целеустремленно (деятельность) двигается к цели (фантазия). Для этого ему нужна хорошая, ухоженная лошадь (тело), а на случай,

285

если он с нее упадет, — помощники, которые помогут подняться (контакты) ».

Тело. На первое место выступают ощущения. Информация, поступающая из внешнего и внутреннего мира, проходит сквозь призму собственного опыта, через цензуру приобретенных стереотипов. Может быть, именно в этом кроется разгадка того, почему в ответ на конфликт реагирует одна из четырех сфер. Более того, даже если в разрешении конфликта доминирует тело, то все равно встает вопрос: почему один человек реагирует на этот конфликт преимущественно сердцем, другой — желудком, третий — кожей (нейродермиты) или нарушением функции дыхания? Это в свое время дало повод для таких диагнозов, как «невроз сердца», «системные неврозы», хотя ни у кого не вызывает сомнений тот факт, что невроз — это общее заболевание, охватывающее весь организм в целом. При этом первичные нарушения происходят в высших отделах центральной нервной системы, что далее приводит к нарушениям корково-подкорковых взаимоотношений, которые, в свою очередь, проявляются в нарушениях на уровне висцерально-вегетативных функций. Поэтому говорить о «неврозе сердца» неверно хотя бы уже потому, что невроз возникает на уровне центральной нервной системы. С точки зрения патофизиологов, поражение при неврозе преимущественно какого-либо органа определяется целым рядом причин: характером поражающего болезнетворного фактора, преморбидным

состоянием вегетативной нервной системы, врожденной неполноценностью того или иного органа, складывающейся на основании опыта устойчивой предрасположенности индивидуума к определенной форме реагирования (установка) и т. д.
Деятельность. Возможны две взаимоисключающие реакции на конфликт — уход в работу и уход от работы. В основе реакций лежит завышенная или, наоборот, заниженная самооценка, хорошо контролируемая сознанием. Эти формы отреагирования более присущи населению индустриально развитых стран.
Контакты. Так же, как и в предыдущей сфере, возможны две противоположные формы реакций на конфликт. Одни пациенты в поисках выхода из конфликтной ситуации ищут контактов с окружающими,

проявляют гиперактивность, требуя к себе повышенного внимания. Другие, наоборот, избегают контактов, замыкаются в себе.
Фантазии. Реакции на конфликт проявляются в основном в активизации фантазии. Пациент представляет себе оптимальные выходы из создавшейся конфликтной ситуации, мысленно «поощряет» или «наказывает» себя и порой интуитивно находит правильный выход из создавшегося тупика. Нередко желание уйти от конфликта в мир фантазий толкает человека к употреблению алкоголя или наркотиков. На короткое время искусственно созданные иллюзии позволяют уйти от реальных трудностей, но вскоре эти трудности обнаруживаются вновь и конфликт актуализируется.
Человек со здоровой психикой — это не тот, кто не имеет проблем, а тот, кто знает, как их преодолеть и выйти из создавшейся конфликтной ситуации. Поэтому одна из задач психотерапевта, практикующего позитивную психотерапию, состоит в умении вникнуть в суть конфликта пациента и попытаться энергию, направленную на его разрешение, равномерно перераспределить по основным четырем сферам.
Модель конфликта. При возникновении и проявлении заболевания (неврозы, психосоматические заболевания) большую роль играет так называемый *актуальный конфликт.* Он может быть результатом воздействия макро-психотравмы (к примеру, смерть близкого человека, эмиграция, безработица или смена профиля работы) или формируется под воздействием постоянно действующих микропсихотравмирующих факторов (конфликты в семье или на работе, общая эмоциональная напряженность в обществе и т. п.).
Актуальный конфликт сам по себе изначально нейтрален. Мало ли где умирают люди? Но когда этот конфликт касается конкретного человека, то он получает индивидуальное звучание и становится патогенным фактором. Личность здесь играет не менее важную роль, чем конфликт. Только тогда, когда личность пропускает конфликт сквозь призму своего Я, он приобретает индивидуальное значение.
Степень, в какой актуальный (нейтральный) конфликт станет для данной личности патогенным, зависит от мно-

гих причин, основными из которых являются конкретная ситуация, реакция на конфликт и личностные особенности.
Конкретная ситуация. Основное внимание должно быть обращено на то, какое влияние оказывает (или может оказывать) конфликт на физическое состояние пациента, на его профессию, на контакты с окружающими, как он изменяет его планы на будущее. В профилактическом смысле хорошо привести в равновесие все четыре сферы разрешения конфликта.
Реакция на конфликт. Речь идет о стереотипах поведения в конфликтной ситуации, обусловленных сформировавшимися в процессе воспитания отношением к самому себе (отношение к Я), отношениями в родительской семье (отношение к Ты), отношениями к окружающей среде (отношение к *Мы)* и приоритетными религиозными, политическими, культурными и прочими общественными установками (отношение к *пра-Мы).*
Отношение к Я. Оно во многом зависит от формы воспитания пациента. Деформированные формы воспитания (гиперопека, гипоопека) обычно приводят и к деформированным формам отношения к себе.
У ребенка, воспитывающегося в атмосфере гиперопеки, вырабатываются стереотипы инертности к любого рода трудностям, обожествление собственного тела, завышенная самооценка. Основными жизненными девизами становятся: «сначала — я, потом — все остальные», «мне всегда нужна опора». В конфликтной ситуации у них часто проявляются эгоизм, «рентные» установки, завышенные претензии к обществу, а при лишении опеки быстро нарастает социальная дезадаптация.
При гипоопеке, проявляющейся, наоборот, отсутствием внимания, интереса родителей к увлечениям и переживаниям ребенка, часто формируется заниженная самооценка, негативное отношение к себе, к своему телу. Жизненные девизы таких людей обычно следующие:
«жизнь бессмысленна», «я — неудачник», «все люди — волки».
Отношение к Ты, Чаще всего воспроизводится модель поведения родителей и близких людей. Их взаимоотношения между собой, их предсталения о браке, сексуаль-

нести определяют в конечном итоге стереотипы поведения выросшего в этой семье ребенка. Отсюда и разные жизненные концепции, «я создам крепкую, гармоничную семью» или «я никогда не женюсь».
Отношение к Мы, Модель поведения формируется по образцу родительского мнения к окружающим их людям. Если ребенку в семье и школе говорят о долге перед Родиной, чести, милосердии, а вокруг себя он видит лицемерие, разврат, воровство, то стереотипом поведения в дальнейшем становится не то, что этот ребенок слышит, а то, что он видит.
Отношение к пра-Мы. Поведение определяется сформировавшимся мировоззрением, религией, отношением к существующему в стране общественному строю и т. д.
Выделение четырех стереотипов поведения человека в конфликтной ситуации чисто условно. Мы уже упоминали, что они взаимосвязаны и взаимозависимы.

В подтверждение сказанного уместна восточная мудрость, которую приводит Х. Пазешкиан в своей книге.
Восточная мудрость гласит: «Если ты хочешь привести страну в порядок, то сначала нужно привести в порядок ее города и провинции. Если ты хочешь привести в порядок города и провинции, то прежде нужно наладить жизнь в семьях. Если ты хочешь наладить жизнь в семьях, то сначала наведи порядок в своей семье. А если ты хочешь, чтобы в твоей семье было все хорошо, то разберись сначала в самом себе».
Актуальные личностные особенности. Есть личностные особенности, которые достаточно высоко оцениваются социальным окружением. К ним, например, можно отнести вежливость, честность, верность, обязательность, справедливость, добросовестность. Другие личностные особенности, такие, например, как необязательность, леность, неряшливость, высокомерие, жадность, вызывают у окружающих негативное отношение.
Естественно, что преобладание тех или иных личностных качеств влияет на формирование конфликта и форму выхода из него. Поэтому одна из задач психотерапевта — постараться максимально актуализировать позитивные личностные особенности и свести к минимуму негативные.

289

ОСНОВНЫЕ ЭТАПЫ ПОЗИТИВНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Условно выделяют пять этапов (уровней) позитивной психотерапии: дистанцирование от конфликта, проработка конфликта, ситуативное одобрение, вербализация и расширение жизненных целей.
Дистанцирование от конфликта. Как уже говорилось, позитивная психотерапия — это терапия, центрированная на конфликте. Поэтому лечение начинается с тщательной проработки самого конфликта.
Если представить конфликт в виде картины, то пациента можно сравнить с человеком, настолько близко подошедшим к картине, что он отчетливо видит только ее детали, но не в состоянии рассмотреть целиком. А поэтому и не понимает ее смысла. Вот почему на первом этапе лечения психотерапевт должен помочь пациенту как бы отстраниться от создавшейся конфликтной ситуации, рассмотреть ее со стороны и постараться составить о ней полное представление. При этом важно помнить о культуральных особенностях пациента, о традициях и обычаях страны, в которой он воспитывался и живет.
На этом этапе работы с пациентом уместно вспомнить притчу о свинье, которая питается желудями, но не видит самого дуба.
Проработка конфликта. Отстранившись от конфликта и «увидев» его в целом, далее нужно тщательно проработать каждую его деталь. Не следует забывать о четырех основных сферах разрешения конфликта. Врачу совместно с пациентом важно выяснить, какое влияние оказал конфликт на самого больного, на его профессию, семью, межличностные отношения, социальный статус и т. п. Следует разобраться, какое влияние на формирование конфликта оказали взаимоотношения родителей, ближайшее окружение, внешняя среда, какую роль при этом сыграли личностные особенности самого пациента.
Только после тщательного анализа конфликта следует переходить к следующему этапу лечения.
Ситуативное одобрение. В конфликте обычно участвуют не менее двух людей, и в каждом из них есть как отрицательные, так и положительные личностные качества.

290

Ситуативное одобрение — это прежде всего попытка переставить акцент с отрицательных качеств своего партнера (партнеров) по конфликту на положительные. А таковые обязательно присутствуют даже у очень сильно обидевшего вас человека — нужно только попытаться найти их. Да и попытки критически оценить собственные недостатки тоже небесплодны.
Выдающийся психиатр и психотерапевт М. П. Кутанин всегда учил нас, своих учеников, говорить о своих коллегах, особенно в беседе с пациентами, только хорошее. Врачи, говорящие о своем коллеге и применяемых им методах лечения дурно, часто не понимают того, что этим не только вредят себе, но и усиливают патогенную для больного конфликтную ситуацию.
Вербализация. Этот этап лечения подразумевает обсуждение конфликта. Это естественно, так как сама терапия ориентирована на конфликт. Но при позитивной психотерапии пациент учится тому, что до этапа вербализации он должен вместе с терапевтом пройти еще три этапа: дистанцирование от конфликта, проработку конфликта и ситуативное одобрение. Только после этого происходит разговор об актуальных проблемах больного. Следует беседовать с пациентом о конфликте, а не о предполагаемых его последствиях. Беседа должна быть конфиденциальной и доверительной. Терапевту следует честно высказать свой взгляд на решение конфликта, а пациент сам решит — воспользоваться этим советом или нет.

Расширение жизненных целей. Пациент, охваченный конфликтной ситуацией, всю энергию вкладывает в нее (или в ее последствия).

Еще Фрейд писал о том, что либидозная (или агрессивная) энергия может быть катектирована в различные формы психической жизни индивидуума, в различные аспекты его идей и действий. И если представить себе энергию как сумму денег, то катектирование — процесс покупки, вкладывание денег в ценности. Чем больше вложено денег в одни ценности, тем меньше их остается на другие.

Роль психотерапевта в этом случае заключается в том, чтобы понять непропорциональность катектирования жизненной энергии и попытаться вместе с пациентом

291

перераспределить ее. Во-первых, ее нужно постараться более равномерно распределить между четырьмя основными сферами разрешения конфликта. Во-вторых, помимо конфликта всегда существуют более важные жизненные цели, куда можно вложить часть этой энергии.

Позитивная психотерапия может сочетаться с другими методами психотерапии (психоанализ, поведенческая психотерапия, логотералия по Франкелю и т. п.), может дополнять другие психотерапевтические методы или применяться самостоятельно.

Чаще всего практикуется кратковременная конфликтцентрированная терапия, состоящая из 20—30 занятий длительностью около 50 мин.

Прямыми показаниями к применению позитивной психотерапии являются неврозы и психосоматические заболевания.

292

НЕЙРОЛИНГВИСТИЧЕСКОЕ ПРОГРАММИРОВАНИЕ

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Теоретические основы нейролингвистического программирования (НЛП) достаточно подробно изложены в монографиях Р. Бендлера и Дж. Гриндера «Структура магии», «Из лягушек в принцы», «Трансформация», Р. Бендлера «Используйте свой мозг для изменения», Л. Камерон-Бендлер «С тех пор они жили счастливо», К. и С. Андреас «Измените свое мышление и воспользуйтесь результатами», Ф. Пьюсселик и Б. Левис «Магия НЛП без тайн». Все эти книги переведены на русский язык. Вполне доступно теоретические основы НЛП изложены также в первом издании данной книги (1993).

НЛП — это наука о воздействии слова на человека. Это методические приемы, позволяющие человеку посредством слова программировать себя и затем изменять эти программы.

Одним из базовых положений НЛП является утверждение, что каждый человек несет в себе скрытые, неиспользованные психические ресурсы. Отсюда основные задачи терапевта-коммуникатора — обеспечить доступ пациента к этим скрытым ресурсам, извлечь их из подсознания, довести до уровня сознания, а затем научить **ими** пользоваться.

Как заглянуть во внутренние психические процессы пациента? Есть только два пути: вербальный (с помощью слова) и невербальный, который в НЛП имеет особо важное значение.

Человек воспринимает и отражает окружающий мир посредством своих органов чувств. Процесс и механизм такого восприятия в НЛП носит название *модальности.* Говорят о зрительной (визуальной), слуховой (аудиальной) модальностях и о модальности, основанной на обонятельно-вкусовых и телесных ощущениях (кинестетической). Одна из модальностей у человека обычно доминирует, остальные являются сопутствующими. Поэтому

293

для одного мир — это прежде всего то, что он видит, для другого — то, что он слышит, для третьего — то, что он ощущает.

Существует зависимость между доминирующей модальностью, в которой человек воспринимает мир, и словами, которыми он это восприятие выражает. Это *предикаты речи,*

Человек, у которого доминирует зрительное восприятие, будет рассказывать о себе и о волнующих его проблемах, часто используя слова «видеть», «яркий», «туманный»» «отчетливо», «перспектива» и т. д. Это зрительные предикаты. Аудиальные предикаты — слова «слышать», «звучать», «скрипеть», «кричать», «оглушать» и т. п.» кинестетические — «чувствовать», «прикасаться», «теплый», «тяжелый», «шершавый», «твердый» или «пахнуть», «вкусный», «несвежий», «ароматный» и т. п.

Предикаты формируются у пациента на подсознательном уровне, и терапевту, чтобы быстро сформировать раппорт, нужно пользоваться теми предикатами речи, к которым преимущественно прибегает пациент. Предикаты речи являются «ключами», дающими доступ к его внутренним психическим процессам.

Не менее важными «ключами доступа» к бессознательному являются *невербальные, внешние признаки* проявления мышления и эмоций. Это поза, мимические реакции, тембр голоса, ритм дыхания и т. д.

Прекрасными «ключами доступа» к бессознательному являются *паттерны глаз.* Это движения глазных яблок, тесно связанные с доминирующей модальностью, в которой человек воспринимает и отражает мир. Паттерны глаз — результат сложных анатомо-физиологических процессов, о которых пациент не знает. Терапевт, понимая значение этих паттернов, может иметь прямой доступ к внутренним психическим процессам, а «отзеркаливая» эти паттерны и заставляя пациента двигать глазными яблоками в нужном направлении, — направлять и регулировать эти внутренние психические процессы.

Таким образом, предикаты речи, невербальные признаки, паттерны глаз — это уже достаточный арсенал средств проникновения в бессознательное пациента (рис. 11). Умение быстро распознавать «модальность», в которой пациент воспринимает мир, находить «ключи доступа»,

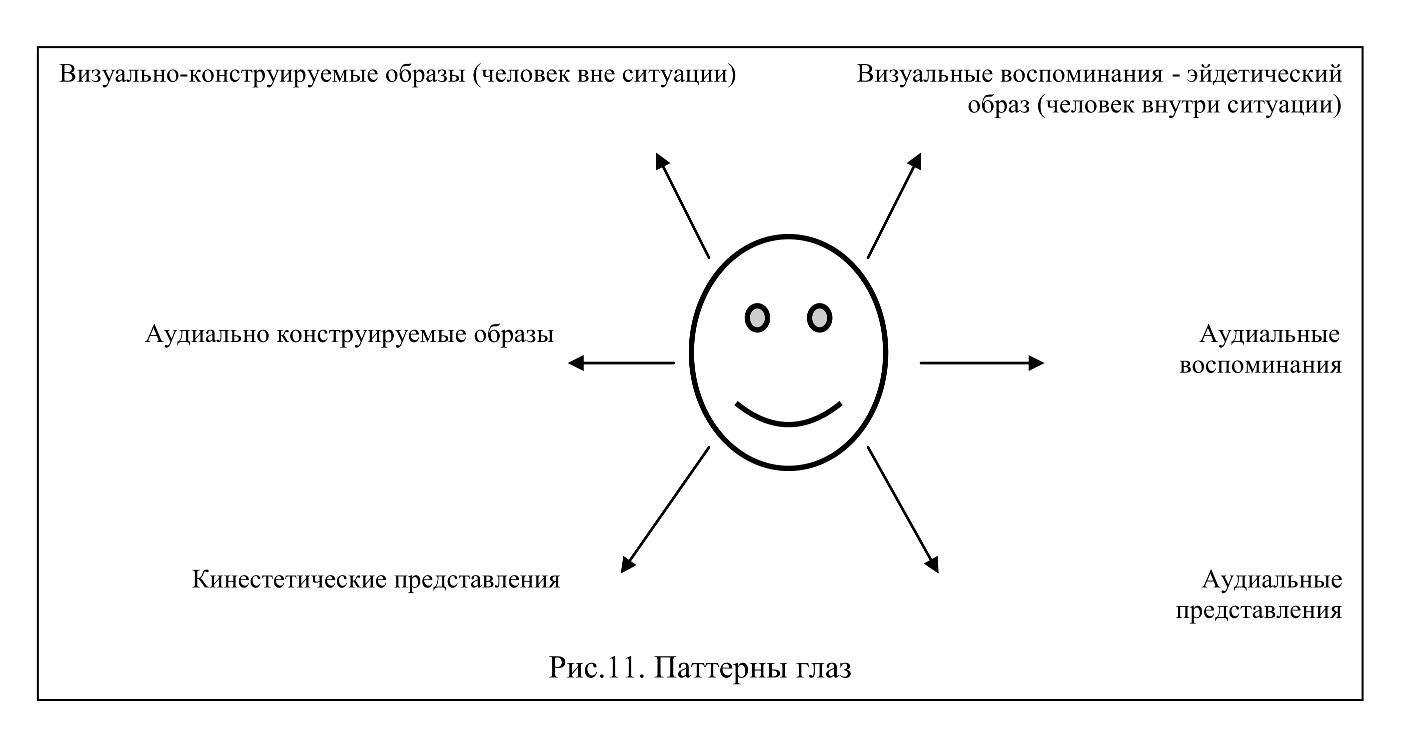


Рис.11. Паттерны глаз

умение включаться в модальность и работать с «ключами доступа» называется в НЛП *подстройкой.*
Если человек воспринимает внешний мир в разных модальностях, одна из которых является доминирующей, то примерно так же он и отражает свой внутренний мир.
Прежде чем что-то сказать, ответить на вопрос, пациент должен «получить доступ» к своей собственной информации, к своим собственным неосознанным психическим процессам.
Система, отвечающая за извлечение информации, называется *ведущей,* система, представляющая эту информацию сознанию, — *репрезентативной,* а система, сверяющая полученный результат, — *референтной,*
Как уже говорилось, человек редко воспринимает и отражает мир в какой-то одной модальности, поэтому психические процессы (при одинаковых внешних стимулах) и поведение (как результат) у всех людей разные.
Цепь психических процессов, ведущих к той или иной форме поведения, называется в НЛП *стратегией поведения.*
Обычно при всем многообразии возможных форм поведения в той или иной ситуации человек выбирает какую-то одну как более для него приемлемую. Это зависит от многих причин, в том числе и от многообразия репрезентативных систем.
Если у человека есть опыт реагирования в определенной ситуации, он выбирает оп-

ределенный стереотип поведения исходя из имеющегося у него опыта. Это и хорошо, и плохо. Хорошо потому, что мало риска, плохо потому, что мало творчества.

Если опыта реагирования нет, то стратегия поведения чаще опирается на сознание, которое конструирует возможный вариант поведения. Здесь больше риска, но зато предоставляются широкие возможности для творчества.

Социально незрелый или больной человек для каждой ситуации обычно имеет одну стратегию поведения, социально зрелый — две-три. Чем больше стратегий, тем больше выбор и тем лучше адаптация.

Исходя из этого психотерапевт-коммуникатор должен установить, что ограничивает выбор пациента, что можно изменить в его внутренних стратегиях, чтобы выбор увеличился, а также научить пациента делать не один, а несколько выборов.

В НЛП есть понятие *мета-модель.* Это набор лингвистических средств для получения информации, которая скрыта от самого пациента.
Человек воспринимает мир субъективно, поэтому каждый имеет свою модель мира. Иногда субъективная модель мира пациента не поддается коррекции. Например, бредовый больной имеет свою особую модель мира, которая во многом сформирована болезнью и которую нельзя изменить.
Опытный психиатр сначала примет модель мира пациента, «подстроится» к нему. Лишь распознав мета-модель пациента, терапевт может заняться коррекцией его субъективной модели мира. Оказалось, что легче всего это делать с помощью слов (лингвистическая коррекция).
Язык отражает субъективный мир человека. С помощью языка терапевт-коммуникатор может менять субъективный мир пациента, а не окружающий его объективный мир. Поэтому основное правило НЛП заключается в следующем: признавая за человеком право на собственные правила, позволить остальному миру иметь свои. I
Здесь мы коснулись только наиболее важных, теоретических основ, на которых зиждятся методы и техники НЛП. Поэтому при изложении отдельных методов мы по мере необходимости будем возвращаться к теории этого

достаточно сложного психотерапевтического направления.

МЕТОД «ЯКОРЯ»

Общие положения. «Якорь» — это ассоциативная связь. Подвенечное платье, песня вашей молодости, пожелтевшая фотография — все это «якоря», связанные с определенными переживаниями, чувствами.
Такую ассоциативную связь между стимулом и чувством можно создать искусственно. «Якорем» может быть мимика, жест, интонация. «Якоря» могут быть зрительными, аудиальными, кинестетическими. Прикосновение — хороший кинестетический «якорь».
Терапевт выбирает определенное чувство, переживание или симптом, которые нужно «поставить на якорь».
Это делается при активном участии пациента. Большое значение при определении переживаний пациента имеют невербальные признаки.

...Губы тонкие, поджатые, лицо бледное, дыхание поверхностное, тонус мышц повышен — пациент сердится.

...Губы полные и яркие, лицо мягкое, дыхание глубокое, мышцы расслаблены, колени слегка раздвинуты — пациент испытывает сексуальные переживания.

Зная «ключи доступа» к внутренним процессам, например паттерны глаз, предикаты речи, можно усилить или, наоборот, ослабить эти переживания, а потом «поставить их на якорь».

Техника. 1. Дайте пациенту возможность получить доступ к нужному переживанию так полно и глубоко, как это возможно. Пример: «...Закройте глаза. Отправьтесь сейчас внутрь себя и постарайтесь как можно полнее и ярче вспомнить все так, как было, как вы чувствовали себя в этот момент (например, в момент удачной половой связи)... Найдите в себе это чувство, и как только оно появится, кивните мне головой».

2. В момент наиболее полного переживания введите дополнительный стимул, например коснитесь ладонью колена пациента.

3. Позаботьтесь о том, чтобы этот дополнительный стимул в последующем воспроизводился точно так же, иначе «якорь» не будет работать.

Метод «якоря» в комплексе терапевтических коммуникаций может быть с положительным эффектом применен при сексуальных дисгамиях (для усиления чувства), при фобиях (для уменьшения интенсивности переживания), при алкоголизме (условно-рефлекторная терапия) и т. п.

РАБОТА С СУБМОДАЛЬНОСТЯМИ

Как уже говорилось, человек воспринимает и отражает окружающий мир преимущественно в одной из трех модальностей: визуальной, аудиальной и кинестетической. У каждой модальности в свою очередь имеются субмодальности, которые делают восприятие мира или ярким, эмоционально насыщенным, запоминающимся, или, наоборот, тусклым, неинтересным, плохо удерживающимся в памяти.

Количество субмодальностей бесчисленно, однако в повседневной работе психотерапевту достаточно использовать только некоторые из них.

В зрительной модальности можно выделить следующие субмодальности: яркость, размер, цвет, контрастность, фокусировку, расстояние, объемность, подвижность и т. д. В слуховой модальности это высота тона, громкость, ритм, четкость, тембр звука и синхронность его со зрительными восприятиями и ощущениями. Основные субмодальности кинестетической модальности — давление, движение, расположение, длительность, интенсивность, форма, температура, темп (частота) и т. д.

Опыт показал, что изменение субмодальностей может не только изменять восприятие мира, но и влиять на мышление и поведение человека. Так, например, увеличение такой субмодальности, как яркость воспринимаемого зрительного образа, увеличивает интенсивность ощущений, а уменьшение яркости — наоборот. То же самое происходит при изменении размера воспринимаемой картины. С увеличением картины ощущения обостряются, а как только она уменьшается, ощущения становятся более тусклыми. Естественно, изменения субмодальностей должны производиться в контексте с ожида-

емым эффектом. Если вы хотите получить более острые ощущения от сумрака мерцающих свечей или заходящего солнца, то увеличение яркости картины может не усилить, а уменьшить остроту восприятия. Точно так же, если сильно увеличить картину, да еще резко приблизить ее, можно исказить восприятие, сделать его нелепым.

Если вы только начинаете пробовать себя в этом направлении, сначала попытайтесь менять только один из параметров восприятия, скажем размер картины. И наблюдайте, как меняется ваше состояние, если вы уменьшаете или увеличиваете картину, потом (по аналогии) расстояние, яркость, цвет,.. затем четкость, подвижность. Меняя характеристики субмодальности, постарайтесь выяснить, какая из этих характеристик (размер, яркость, движение и т. д.) больше всего влияет на ваше состояние, на остроту и эмоциональную окраску восприятия.

Есть еще один параметр, который усиливает или уменьшает остроту восприятия — это то, что называют *ассоциированным* или *диссоциированным восприятием.* Воспринимать ассоциированно — значит самому находиться в картине. Обычно это эйдетическое восприятие. Диссоциированное восприятие — это коструированное восприятие, это восприятие как бы со стороны, иногда с чужой точки зрения.

Ассоциированное восприятие усиливает переживание, диссоциированное — уменьшает.

Одно дело самому находиться у кратера извергающегося вулкана и совсем другое — наблюдать это извержение на экране телевизора. С помощью диссоциированного восприятия можно изменить качество восприятия, уменьшить его

остроту, снять фобию. И наоборот, если хотите влюбиться, ассоциируйтесь со всеми приятными воспоминаниями о партнере и диссоциируйтесь — с неприятными.

НАЛОЖЕНИЕ

Довольно часто внутренние переживания пациента схематичны, что соответствует доминирующей модальности. Иногда это полезно, но порой и ограничивает терапевтические возможности.

Человек, который воспринимает мир преимущественно в визуальной модальности, может представить яблоко, но оно, это яблоко, будет похоже на муляж. Воображаемое яблоко будет отличаться от настоящего отсутствием запаха, вкуса. Вы не ощутите веса и приятной упругости кожуры... Так отличается дом от его проекта.

Наложение начинается с первичной репрезентативной системы. Если это визуальная система, то пациент легко представит себе яблоко. Используя вербальные предикаты визуальной модальности, вы можете потом заставить пациента услышать шум ветра в кроне дерева, тяжесть яблока в руке, терпкий вкус этого яблока... Это уже будет не просто муляж, а более полное, эмоционально насыщенное представление.

Не нужно бояться использовать в этом методе элементы суггестии.

Метод ценен не только при лечении (отдельно или в сочетании с другими методами), но и при обучении, например актеров, художников, врачей.

ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ

Решению всегда предшествуют сомнения, «замешательство ».

1. Подумайте о сомнении, стоящем у вас на пути к принятию решения.
2. Теперь подумайте о том, что вам абсолютно понятно, несложно и не вызывает сомнений. Это может быть идея, ситуация, поведение.
3. Сравните, чем отличается сомнение от понимания.

Сравнение может идти в зрительной, аудиальной или кинестетической модальности. Чаще всего доминирующей бывает зрительная модальность.

Какими субмодальностями отличается сомнение от понимания? Размером картины? Яркостью? Контрастностью? Удаленностью? Подвижностью?

4. Когда у вас будут как минимум два различия, попробуйте изменить сомнение, чтобы оно стало таким же, как понимание. Если не получается, вернитесь назад, найдите еще 2—3 различия и повторите процесс.

5. Вернитесь к проблеме, которую вам нужно решить, и к сомнению, которое стоит у вас на пути. Теперь вы знаете правильный путь к принятию решения.

ИЗМЕНЕНИЕ УБЕЖДЕНИЯ

Общие положения. Убеждение — понятие относительное. При одном и том же поступке можно убедить человека, что он совершает преступление, а можно — что совершает подвиг.

Убеждение, даже если оно есть, может меняться. На пути к убеждению так же, как и на пути к пониманию или принятию решения, всегда стоят сомнения.

Можно ли убедить человека в чем-то, совершенно противоположном его убеждению? Можно, если у этого человека есть критика к создавшейся ситуации и мотивация к изменению убеждения.

Техника. 1. Подумайте о своем убеждении, от которого вы хотели бы избавиться или сменить его на другое. Например, убеждение в том, что «можно пить спиртное ежедневно».

2. Подумайте о своем сомнении. Например: «Смогу ли я совсем не пить спиртного? Смогу ли полностью заменить спиртное фруктовыми соками?»
3. Теперь углубьтесь в себя и изучите свое убеждение на модальном и субмодальном уровнях. Своим «внутренним взором» вы можете увидеть картину застолья, бутылки любимых вами спиртных напитков и т. п. Можете услышать какие-то звуки (звон стаканов...), испытать какие-то ощущения.
4. Изучите таким же образом свое сомнение.
5. Определите субмодальные различия при представлении убеждения и при представлении сомнения. Они конечно же будут. Составьте список этих различий.
6. Проанализируйте по очереди каждую субмодальность из вашего списка различий и проверьте, которая из них «работает» лучше других. Прежде чем проверять очередную субмодальность, не забудьте вернуть предыдущую в исходное состояние.
7. Теперь посредством изменения наиболее хорошо действующих субмодальностей превратите нежелатель-

ное убеждение «Пить спиртное каждый день» в сомнение. Например, если двумя сильнейшими различиями были такие визуальные субмодальности, как яркость и размер картины, то пусть картина, вызванная «убеждением», уменьшится и станет тусклой.

8. Превратите сомнение в убеждение. Сделать это можно путем обратного изменения тех же субмодальных характеристик, которые вы использовали при шаге 7. Если возникли какие-то возражения, отнеситесь к ним с уважением, соберите новую информацию и вернитесь назад.
Следует помнить, что хорошая работа в НЛП — это на 95 % сбор информации и лишь на 5 % — непосредственные методические приемы.
Одно из непременных условий изменения убеждения — желание самого пациента сделать это. Изменить убеждение против воли человека можно, но это длительный и трудоемкий процесс. И последнее: прежде чем менять убеждение, следует хорошо подумать, стоит ли делать это.

«ВЗМАХ»

Техника «взмаха» дает мозгу направление в его работе и может быть применена для чего угодно: для изменения настроения, избавления от вредных привычек, такого синдрома, как навязчивое состояние, и т. д. В основе метода лежит врожденное стремление человека от «неприятного» к «приятному», от «неудовольствия» к «удовольствию». Этим стремлением обеспечивается равновесие, гомеостазис. Техника.

1. Определите проблему, с которой вы потом будете работать. Это может быть симптом, вредная привычка, девиантное поведение и т. д.

2. Углубьтесь в себя и определите пусковую картину (звуки, ощущения), предшествующую нежелательному поведению или симптому. Постарайтесь не включать себя в эту картину (диссоциация).

3. Теперь создайте второй образ, вторую картину — как если бы вы уже избавились от вредной привычки или нежелательного симптома.

Отрегулируйте эту «картину» по размеру, цвету, контрастности.
4. «Взмах». Сначала представьте себе первую «пусковую» картину, большую и яркую. Потом в нижний правый угол поместите пока еще маленький и тусклый второй образ, вторую картину. Итак, вторая маленькая картина находится внутри первой большой картины. Теперь «махните» картины, то есть мгновенно замените большую картину маленькой, и сделайте последнюю большой, яркой, контрастной. Очистите экран (или откройте глаза) и «махните» картины снова. И так пять раз.

5. Проверка. Вызовите первый нежелательный образ. Если «взмах» был эффективным, то это будет трудно сделать, а если и удастся, то образ будет тусклым, размытым, удаленным и, главное, неприятным.

Пример. Предположим, проблема, над которой вы собираетесь работать, — это привычка (абсессия, компульсия) злоупотреблять алкоголем. Представьте себе картину, связанную с выпивкой или ритуалом выпивки. Это могут быть бутылки, стаканы, наполненные водкой, ваша рука, держащая полную рюмку, и т. д. Сейчас на время отставьте эту картину в сторону и создайте своим мысленным взором ситуацию или собственный образ, как если бы вы уже покончили с вредной привычкой. Наверное, это будет здоровый, уверенный в себе человек.

Теперь возьмите первую картину, сделайте ее большой, яркой, отчетливой и в нижний правый угол поместите маленькую, темную, расплывчатую вторую картину. Теперь быстро увеличьте размер, яркость и четкость этой маленькой картины до такой степени, чтобы она закрыла первую картину. Это — «взмах».

Как только вы «махнете» эти картины, полностью очистите экран. Можете открыть глаза. Затем снова «вернитесь» внутрь себя и проделайте «взмах» еще раз. И так пять раз.

Теперь попробуйте представить себе первую картину. Если «взмах» проведен эффективно, то это будет сделать трудно. Картина будет постоянно исчезать, а если и появится, то будет тусклой, далекой, а ощущения, связанные с ней, блеклыми. Для того чтобы «взмах» был эффективным, лучше, чтобы в первой картине вы себя не видели, даже если у вас там

несчастный, виноватый вид. А вот во второй картине желательно быть самому.

«ВЗРЫВ»

Иногда компульсия лучше устраняется посредством ее «взрыва» с последующим «взмахом». Техника.

1. Подумайте о своей навязчивости. Это может быть навязчивое желание что-то съесть или выпить, навязчивое желание иметь автомобиль или женщину и т. д.

Остановимся, к примеру, на навязчивом желании спиртного.

2. Теперь подумайте о желании, не носящем компульсивного характера, о том, к чему вы относитесь более или менее безразлично. Например, это может быть желание выпить фруктового сока, когда вас не мучит жажда.

3. Определите, какие субмодальности формируют навязчивое состояние и какие — ваше нейтральное положение. Найдите субмодальные различия и определите ведущую субмодальность, формирующую навязчивое состояние.

Например, представьте себе стакан, наполненный водкой, и стакан с фруктовым соком. Определите, какая субмодальность при навязчивом желании является доминирующей: величина стакана, яркость картины, особенность запаха или вкуса? Таких субмодальностей может быть две-три. Проверьте их на нейтральном желании и выберите одну наиболее мощную, ведущую субмодальность, которая формирует компульсию.

4. Теперь произведите «взрыв» навязчивости, манипулируя доминирующей субмодальностью. Есть два способа произвести «взрыв»:

1) одноразовое мощное усиление доминирующей субмодальности;
2) многократный метод «храпуна».
Первый способ заключается в том, чтобы быстро усилить ведущую субмодальность до такой крайней степени, что кинестетическая реакция превысит верхний порог и... «лопнет». Вместе с ней «лопается» и навязчивость.

Второй способ — это быстрое, многократное повторение первого. В этом случае вы очень быстро усиливаете ведущую субмодальность. Потом возвращаете «картину» в исходное состояние и снова быстро увеличиваете. Повторения идут последовательно и быстро, пока что-то не «лопается».
После «взрыва» компульсия исчезает.
Пример. Вы выяснили, что компульсивное желание сделать глоток спиртного увеличивается по мере того, как увеличивается размер стакана с налитой в ней жидкостью. Теперь вы нашли способ увеличивать или уменьшать желание, приближая или удаляя зрительным взором стакан.
Быстро одноразово наращивайте размер стакана, пока не произойдет «взрыв» (первый способ).
Быстро увеличьте размер стакана и снова верните «картину» в прежнюю позицию. Еще больше увеличьте размер картины и снова верните в исходное состояние. Меняйте картины быстро, не останавливаясь и каждый раз увеличивая размер стакана, пока не произойдет «взрыв» (второй способ).

ВИЗУАЛЬНО-КИНЕСТЕТИЧЕСКАЯ ДИССОЦИАЦИЯ

Общие положения. Вспомните одно из правил НЛП: ассоциированное восприятие усиливает остроту переживаний, диссоциированное — уменьшает.
Чувство по поводу чувства (диссоциированное восприятие) — это все равно, что воспоминание о любви по сравнению с самими любовными ласками. Одно дело самому находиться в «картине» и совсем другое — наблюдать эту картину со стороны.
Визуально-кинестетическая диссоциация применяется при острых реактивных состояниях, половых дисгамиях, фобиях. Цель ее — убрать из переживаний их первоначальную эмоциональную насыщенность, переводя негативные воспоминания в эйдетических образах (ассоциированное восприятие) в воспоминания в конструированных образах (диссоциированное восприятие). Ведь известно, что приятные события обычно запоминаются (и воспроизводятся) человеком в эйдетических образах, отрицательные — в конструированных. Это одна из защит-

ных реакций организма.
Ниже приводятся наиболее часто применяемые техники трехступеньчатой визуально-кинестетической диссоциации при остром реактивном состоянии и при фобии в рамках обсессивно-фобического невроза.
Техника 1.
1. Установите «якорь» для устойчивого комфортного состояния пациентки, находящейся рядом с врачом (П1).
2. Удерживая «якорь», предложите пациенту визуализировать перед собой, как в мгновенном снимке, свое более молодое (прошлое) *Я* непосредственно перед психотравмой (изнасилованием) (П2).
Таким образом, пациентка сидит рядом с терапевтом, «видя» перед собой себя — более молодую.
3. Затем попросите пациентку представить себя сидящей позади себя (Пз).
Итак, пациентка представляет себя (своим внутренним взором) трижды: 1) сидящей рядом с врачом («актуальное тело»); 2) сидящей впереди («более молодая» пациентка);
3) сидящей сзади («визуальная перспектива»). Когда эта трехместная диссоциация осуществится, поставьте ее на «якорь».
4. И наконец (кульминация лечения), попросите пациентку, снова пережить психотравмирующую ситуацию (сцену изнасилования), но наблюдая ее как бы со стороны (с позиции Пз) и учитывая, что все происходит с ней — более молодой (П2).
5. Когда картина изнасилования полностью просмотрена, предложите пациентке снова вернуться из позиции Пз в позицию П1 так, чтобы «визуальная перспектива», сидящая сзади, интегрировалась с «актуальным телом».
6. Теперь попросите сегодняшнюю пациентку (П1+Пз) пойти к себе — «более молодой» (П2) и уверить ее в том, что она из будущего, что психотравма уже в прошлом, дать ей-успокоение и чувство уверенности в себе.
7. Когда сегодняшняя пациентка (Hi) убедится в том, что та, «более молодая» пациентка ее понимает, дайте им интегрироваться; пусть и эта «визуализация» станет частью сегодняшней пациентки (П1+П2).
Если в какое-то время пациентка начинает реально

(эйдетически) переживать свою психотравму, верните ее в положение Пз и «заякорьте».
Техника 2.
Представьте, что вы сидите в кинотеатре и впереди на экране видите самого себя в ситуации, непосредственно предшествующей возникновению фобии.
Теперь «выплывайте» из своего тела наверх, в проекционную будку, откуда вы можете наблюдать за собой — сидящим в зале и смотрящим на экран и за тем, что происходит на экране.
Затем превратите снимок на экране в черно-белый фильм и просмотрите его до конца. Просмотрите и самые неприятные переживания, ставшие причиной фобии. Остановите фильм, как слайд, а затем «впрыгните» внутрь изображения и

прокрутите фильм назад. Все будет происходить наоборот — точно как при перемотке фильма. Сделайте фильм цветным, оставаясь его участником. Прокрутите его еще раз. Теперь «выплывайте» на свое прежнее место в зале. Фобия исчезла (Р. Бендлер. «Используйте свой мозг для изменения», 1985, с. 49—50).

«ПОСМОТРИ НА СЕБЯ ГЛАЗАМИ, ПОЛНЫМИ ЛЮБВИ»

Метод основан на регулирующем эффекте ассоциированного и диссоциированного восприятия. Может применяться как с лечебной целью, так и для саморегуляции, выработки уверенности в себе.

...Эти глаза, полные любви, принадлежат тому, кто тебя любит. В таких глазах нуждается любой, особенно больной человек. Некоторые люди адаптируются к дефициту любви: «Были бы деньги», «Не было бы войны». Но многие страдают от этого, тяжело перенося одиночество. Дефицит любви порождает неуверенность в себе, а это путь к депрессии.

Техника. 1. Предложите пациентке вообразить себя писателем.

2. Попросите ее найти кого-то, в чьей любви она уверена. Если такого человека нет сейчас, может быть, он был прежде. Если же его не было вообще, можно создать его образ. Это нетрудно, так как каждый из нас мечтает любить или быть любимым.

3. Попросите ее описать такого человека в деталях,

которые сделают его более значимым для самой пациентки (не забудьте про метод «Наложение»).

4. Предложите пациентке переместиться из своего тела в тело любящего ее человека. Сначала это бывает трудно. Когда получится, «поставьте позицию на якорь». Дальше вы используете метод визуально.кинестетической диссоциации, с той лишь разницей, что пациентка будет смотреть на себя глазами любящего ее человека.

5. Напомните пациентке, что тот, любящий ее человек, — писатель. И сейчас он напишет о ней рассказ, новеллу... Напишет о том, как она прекрасна и почему она для него — единственная в мире. (Это дает возможность оценить или вспомнить имеющиеся у нее достоинства.)

6. Теперь попросите пациентку вернуться в свое тело, взяв с собой всю гамму переживаний, из которых самым ценным будет ощущение, что она любима и достойна любви.

РЕФРЕЙМИНГ*

Общие положения. В основе рефрейминга лежат следующие базовые положения НЛП;

• любой симптом, любая реакция, любое поведение человека изначально носят защитный характер и поэтому полезны; вредными они считаются только тогда, когда используются в неподходящем (несоответствующем) контексте;

• у каждого человека своя субъективная модель мира, которую можно изменить;

• каждый человек обладает скрытыми ресурсами, позволяющими изменить и субъективное восприятие, и субъективный опыт и, как результат, субъективную модель мира.

Этот метод хорош тем, что, вместо того чтобы работать с «содержанием» проблемы, он, используя скрытые ресурсы организма, реорганизует внутренние психические процессы человека и меняет отношение к самой проблеме.

* Рефрейминг (от англ. — frame) — переформирование. Дословно — обрамлять, придавать форму (вставить в новую раму ту же картину, вставить в ту **же** раму новую картину:
заново приспособить, по-новому сформулировать).

Существует несколько техник рефрейминга (шестиступенчатый рефрейминг, контекстуальное переформирование и др.). Мы рассмотрим наиболее часто применяемый в практике шестиступенчатый рефрейминг. Но прежде опять немного теории...

В НЛП распространено такое понятие, как «часть». Имеется в виду «часть» личности (субличность), ответственная за то или иное поведение, за тот или иной симптом. Это, несомненно, лишь условность, технический прием. Но этот прием позволяет добиваться хороших терапевтических результатов, так как по своей сути является диссоциацией, снижающей аффективную насыщенность переживаний целостного *Я,* С «частью» можно вступить в контакт, можно задавать ей вопросы, получать ответы. Естественно, вопросы пациент задает сам себе и сам же формирует ответы. Ответы могут поступать в любой форме: в словах, в виде «картины», звуков, кинестетических ощущений. Опытный психотерапевт умеет улавливать и понимать эти невербальные признаки «ответов».

Как правило, первое знакомство начинающих психотерапевтов с методами НЛП, в том числе с визуально-кинестетической диссоциацией, рефреймингом, поначалу вызывает у них скептическую улыбку. Хотелось бы предостеречь их от поспешных выводов. А лучшим доводом в пользу этих приемов послужит практика. По сути, это работа с подсознанием.

Техника шестиступенчатого рефрейминга*

Часто применяется в работе с вредными привычками (алкоголизм), девиантными формами поведения (суицид, сексуальные девиации), навязчивыми состоянвями и др.

1. Определите болезненный симптом, синдром или форму нарушения поведения.

2. Попросите пациента войти в контакт с его же «частью», ответственной за формирование и проявление этого симптома или отклоняющегося от нормы поведения. Для этого предложите ему закрыть глаза, сосредоточиться на внутренних ощущениях и мысленно спросить себя: «Хочет ли «часть» меня, создающая этот симптом или нежелательное поведение (конкретно: головную боль, навязчивый страх, злоупотребление алкоголем или табаком), говорить со мной?»

Затем пациент внимательно следит за возникающими или, наоборот, исчезающими ощущениями (звуками, внутренними диалогами, «картинами», кинестетическими ощущениями).

Терапевт должен «увидеть» внешние невербальные признаки возникающего контакта: новую позу, резкое движение, иную мимику и т. п. Для большей достоверности следует заранее попросить пациента обозначить возникающий контакт с «частью» движением руки, кивком головы.

Предварительно следует рассказать пациенту про множество «частей», составляющих целое *Я.* Разъяснить, что каждая из «частей» существует, в принципе, чтобы приносить **ему** пользу и только позже трансформируется в болезненный симптом или нежелательное поведение. «Высота опасна: можно упасть и разбиться». И как гиперболизация адекватного опасения — фобия высоты. «Осторожно переходи улицу:
транспорт опасен». Трансформация — фобия открытого пространства, площадей.

3. Отделите симптом (поведение) от первоначального мотива (намерения). Другими словами, узнайте, для чего первоначально возникла данная «часть». Ответами могут быть: «Чтобы не попасть под автомобиль», «Чтобы не заразиться» и т. п. Это элементы психоанализа.

4. Найдите новую «часть» (новый способ), способную удовлетворить это первоначальное намерение. Можно найти два-три новых способа.

Для этого попросите пациента обратиться к своему внутреннему Я, точнее, к его «творческой части», с просьбой найти эти новые способы. Если «творческую часть» внутри себя отыскать не удастся, создайте ее. Для этого попросите пациента вспомнить ситуации, когда он был способен к творчеству и разрешал те же ситуации (осуществлял те же намерения) иными путями (например, не за бутылкой водки, а более рациональными и менее травмирующими способами). Если попытка удалась, «поставьте якорь». Если же пациент продолжает утверждать, что никогда не был склонен к творчеству, предложите ему вспомнить человека, к которому он относится с уважением и который способен к творчеству. Пусть представит себе этого человека (визуально, ауди-

ально, кинестетически), а затем попросит его найти три хороших способа исполнения намерения.

5. Теперь предложите первоначально выделенной части (ответственной за симптом) использовать эти новые возможности (способы) для реализации своих намерений. Техника все та же: внутренний диалог с «частью». Например: «Согласна ли ты, что эти три новые возможности для меня более удобны и полезны? Согласна ли ты использовать их вместо старых?».

6. Экологическая проверка. Пациент должен спросить себя, согласны ли все его части (все *Я)* с заключенным договором? Если возникают возражения, начните весь процесс сначала. При этом прежде всего выясните, в чем заключается возражение, и отделите его от намерения. Если же все части согласны, контракт заключен, процесс рефрейминга можно считать завершенным. Нужно ждать результатов.

Контекстуальный рефрейминг — это подбор (отыскивание) подходящего контекста для определенного поведения. Например, авторитарным можно (и нужно) быть только в определенных ситуациях, но не всегда.

Коммуникация с симптомом — это рефрейминг, помогающий избавиться от симптома.

Пример. У пациента навязчивый страх умереть от инфаркта миокарда. Выяснилось, что приступ стенокардии возник впервые после «пьянки с друзьями» и что пациент не может отказать своим друзьям, когда те предлагают выпить. Понимает, что навязчивый страх умереть «напрямую» связан со злоупотреблением алкоголем и является своего рода защитной реакцией.

В процессе рефрейминга была призвана творческая часть, которая изобрела три новых способа избежать выпивки: 1) избегать компаний; 2) оставаться с друзьями только тогда, когда самому этого хочется; 3) придумать какую-нибудь болезнь, исключающую прием алкоголя (язва желудка, панкреатит). В дальнейшей коммуникации все части пациента пришли к согласию: «Научись твердо говорить «нет»!». Пациент избавился не только от навязчивого страха смерти, но и от привычки злоупотреблять алкоголем.

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ МЕТАФОРА

Техника метода состоит в умении рассказывать поучительные истории, «психотерапевтические сказки» — метафоры. По сути, каждый опытный психотерапевт (и не только психотерапевт), имеющий богатый жизненный опыт и некоторую способность сочинять, фантазировать, владеет метафорой.

Естественно, этот метод не имеет четкой техники. Однако существуют некоторые правила и определенная последовательность создания и изложения метафоры.

Правила.

1. История должна быть в чем-то идентичной проблеме пациента, но ни в коем случае не иметь с ней прямого сходства. Она должна соприкасаться с проблемой пациента как бы по касательной.

2. Метафора должна предлагать замещающий опыт, услышав который и проведя его сквозь фильтры своих проблем, пациент смог бы «увидеть» возможность нового выбора.

3. Если пациент не в состоянии сделать выбор самостоятельно, предложите ему сами варианты решения сходных проблем. Только не делайте это, как говорится, в лоб.

Последовательность.

1. Определите проблему.
2. Определите структурные составляющие проблемы (разбейте ее на части, наметьте основные действующие лица).
3. Найдите параллельные ситуации.
4. Определите логическое разрешение этой ситуации («Мораль сей басни такова...»).
5. Облеките эту структуру в историю, которая должна быть занимательной и скрывать истинные намерения психотерапевта. Иначе неизбежно сопротивление.

Подробно этот метод описан в книге Дэвида Гордона «Терапевтическая метафора».

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

ОСНОВНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Существует много определений понятия групповая психотерапия. Якоб Морено (Могепо, 1932) определяет групповую психотерапию как лечение людей в группах.

Станислав Кратохвил (Kratochvil, 1978) считает, что групповая психотерапия — это метод, при котором с лечебной целью используется групповая динамика, т. е. отношения и взаимодействия членов группы как с психотерапевтом, так и между собой.

Польский профессор Стефан Ледар (1990) групповой психотерапией называет такой лечебный метод, который сознательно, планомерно и систематически применяется в специально организованной лечебной группе, где психотерапевт и участники используют вербальные и невербальные методы воздействия на пациента и группу и совместно принимают активное участие в терапевтической деятельности.

Н. К. Липгарт и соавт. (1979) считают, что групповая психотерапия представляет собой принципиально новое направление терапевтической деятельности, ориентированное прежде всего на активизацию личности больного человека и изменение его отношений к своей болезни и окружающей микросоциальной среде.

А. С. Слуцкий и В. Н. Цапкин (1985) определяют групповую психотерапию как метод лечебного воздействия на личность больного через включение его в эмоционально интенсивное, психологически положительное взаимодействие со специально организованной управляемой микросредой.

Приведенные определения свидетельствуют о том, что единого представления о понятии групповой психотерапии на сегодняшний день не существует.

В нашей отечественной литературе эта неясность и без того сложной проблемы усугубляется еще и терминоло-

гической путаницей. Многие авторы, например, не видят Разницы между терминами *групповая психотерапия* и *коллективная психотерапия* (Вельвовский, 1968; Либих, 1974; Воловик и соавт., 1983 и др.).

При коллективной психотерапии в отличие от групповой не ставится цель использования влияния на больного самой группы, ее внутренних динамических процессов, или, как говорил Роджерс, «динамики группового процесса». Когда говорят о коллективной психотерапии, речь обычно идет лишь об общности методики лечения и случайном объединении людей, мало влияющих друг на Друга.

Коллективная гипнотерапия, например, благодаря взаимной индукции и феномену подражания может повысить внушаемость отдельных ее членов. Но данный метод никак нельзя назвать групповой психотерапией, и прежде всего потому, что в качестве активного агента (фактора) на пациента здесь воздействует не группа, а психотерапевт. Когда мы проводим гипнотерапию в коллективе, правильнее говорить не о коллективной, а о массовой психотерапии.

Психология масс (очередь, аудитория, митинг) и психология коллектива — это не одно и то же.

Коллектив представляет собой высшую форму социального объединения людей. Коллектив — это группа людей, отличающаяся высшей степенью организованности и психологической сплоченности во имя достижения общей цели. Причем цели эти носят обычно социальный, а не эмоциональный характер.

Таким образом, о коллективной психотерапии можно говорить лишь в том случае, если в процессе психотерапевтической работы группа больных сформировалась как единое целое, а ее члены, образовав содружество единомышленников, объединяются во имя осуществления единой цели. Коллективная психотерапия в нашем понимании — это высшая ступень групповой психотерапии.

В психотерапевтической группе в отличие от коллектива мотивом деятельности каждого индивида является собственное его выздоровление, а группа и ее члены рассматриваются только как средство для достижения этой цели.

Влияние коллектива на личность (и личности на коллектив) имеет свои достаточно сложные психологические механизмы, но они отличаются от механизмов психологии групп и психологии масс.

Таким образом, группа отличается, с одной стороны, от случайного скопления людей, а с другой — от коллектива как высшего уровня группового развития.

Группа — это социально-психологическое понятие, обозначающее определенное число лиц, включенных в типичные для них виды деятельности и регулируемых общими ценностями и нормами.
Одним из основных признаков, который отличает группу от случайного объединения людей, является способность ее участников включаться в согласованные действия, благодаря которым могут быть удовлетворены их индивидуальные потребности.
В социальной психологии традиционно выделяют следующие основные признаки группы:
• осознание участниками своей принадлежности к группе;
• установление определенных отношений между ними;
• внутренняя организация, включая распределение обязанностей, лидерство, иерархию статусов;
• действие «группового давления», побуждающего участников вести себя в соответствии с принятыми в группе нормами;
• наличие определенных изменений во взглядах и поведении отдельных участников, обусловленных их принадлежностью к группе.
Группы условно делят на большие и малые, условные и реальные, лабораторные и естественные.
Малая группа — немногочисленная по составу общность людей (до 20 человек), члены которой объединены единой деятельностью и находятся друг с другом в непосредственном личном общении.
Различают группы структурированные и неструктурированные; центрированные на руководителе и центрированные на участниках; рациональные и эмоциональные
(аффективные).

Психокоррекционная группа — это искусственно созданная (лабораторная) малая группа, объединенная целями межличностного исследования, личностного на-

учения и самораскрытия. Это неструктурированное взаимодействие *здесь и теперь,* при котором участники изучают происходящие с ними процессы межличностного взаимодействия в данный момент и в данном месте.
Лэкин (Lakin, 1972) выделяет следующие процессы и признаки, характерные, по его мнению, для психокоррекционной группы:
• облегчение выражений эмоций;
• возникновение ощущения принадлежности к группе;
• обязанность самораскрытия;
• апробирование новых навыков поведения;
• санкционированная группой свобода межличностного общения (межличностные сравнения);
• разделение с формальным лидером ответственности за руководство группой.
Среди психокоррекционных групп выделяют:
• группы для решения проблем;
• группы для обучения межличностным взаимоотношениям (группы подготовки бизнесменов, руководителей);
• группы роста (самосовершенствование);
• терапевтические группы.
Психокоррекционные группы, так же как и другие малые группы, могут быть центрированы преимущественно на руководителе (группа тренинга умений) или на членах группы (группа встреч).
Один из первых, кто начал использовать групповой подход в лечении больных, был бостонский врач Джозеф Пратт. Он лечил больных туберкулезом, которые не могли позволить себе лечение в стационаре. Пратт собирал таких больных в группы, говорил с ними о гигиене поведения, о лечебном воздействии свежего воздуха и хорошего питания. В свою очередь больные рассказывали о своих жизненных ситуациях, переживаниях, обсуждали проблемы и поведение отдельных участников своей группы.
Вначале такой групповой подход в лечении больных имел чисто экономический смысл, но в последующем Пратт обратил внимание на то, что сама группа, воздействие ее членов друг на друга являются достаточно мощным психотерапевтическим фактором, который положительно воздействует на течение основного

заболевания. Пратт настолько уверовал в целебные свойства группы, что разработал методику групповой терапии для людей, не имеющих соматических заболеваний.

Большое влияние на формирование групповой психотерапии оказали работы Фрейда, касающиеся изучения психологии масс, взаимоотношений масс и лидера и т. д. Его ученики Альфред Адлер, Луис Уэндер, Пауль Шильдер одними из первых попытались использовать психоаналитическое лечение в условиях
группы.
Однако родоначальником групповой психотерапии считают **Якоба Морено,** ему же принадлежит и термин «групповая психотерапия» (Могепо, 1932). В 1931 г. Морено основал первый профессиональный журнал «Impromptu», переименованный в последующем в «Group Psychotherapy».
Значительное влияние на развитие групповой психотерапии оказал Карл Роджерс. Он заложил основы гуманистического направления в психотерапии. Его «терапия, центрированная на клиенте», понятия об «энкаунтергруппах», «процессе встреч» заложили основу антиавторитарной недирективной психотерапии.
Несомненное влияние на исследование малых психокоррекционных групп оказали работы Курта Левина, особенно его «теория поля». Еще полвека назад он говорил, что «легче изменить индивидуумов, собранных в группу, чем каждого из них в отдельности» (Lewin,
1951).

В 1978 г. в Праге была издана книга Станислава Кратохвила «Групповая психотерапия неврозов», которая стала настольной книгой для врачей, практикующих групповую психотерапию.

Среди современных отечественных ученых много сделали для развития групповой психотерапии С. С. Либих, А. Л. Гроссман, Н. В. Иванов, А. И. Захаров и др.

В 1990 г. под редакцией Б. Д. Карвасарского и С. Ледера (Польша) в издательстве «Медицина» издана монография «Групповая психотерапия». В том же году и с тем же названием переведена с английского книга Кьелла Рудестама, материалы которой частично используются нами в этой главе.

317

Психология психокоррекционной группы

Малая группа — это общество в миниатюре. Такие скрытые факторы, как социальное влияние и давление партнеров, действие которых мы повседневно ощущаем в жизни, на работе, в семье, проявляются и в психокоррекционной группе. Принципиальное преимущество психокоррекционной группы — это возможность получения по законам обратной связи эмоциональной поддержки от участников группы, имеющих общие проблемы и общие цели.

В группе человек чувствует себя принимающим и принятым, доверяющим и пользующимся доверием, заботящимся и окруженным заботой, помогающим и получающим помощь. В такой обстановке взаимопонимания и взаимодействия облегчается процесс разрешения межличностных конфликтов, возникающих вне группы. Человек пробует и осваивает новые навыки поведения, у него появляется возможность экспериментировать с различными стилями межличностных отношений.

Психокоррекциониая группа может облегчить процесс самоисследования и самопознания, проверить посредством группового мнения уровень самооценки, реальность собственных притязаний. Часто люди знают себе цену и знают, чего они хотят, но если эти личностно значимые ценности принимаются группой, то самораскрытие и самореализация становятся более реальными.

Формирование группы

Состав группы определяется ее типом (группа встреч, группа умений и т. п.), а также формой и содержанием предполагаемой психотерапевтической работы.

Первый вопрос, который приходится решать врачу при формировании группы, это вопрос о показаниях и противопоказаниях для групповой психотерапии.

Диапазон показаний к групповой психотерапии достаточно широк — от неврозов до ремиссии шизофрении. Однако соотношения показаний и противопоказаний всегда представляют большую трудность. Показания зависят от типа группы и метода психотерапии.

318

Strotzka (1986) считает, что обычные «жизненные трудности» легко преодолеваются «разговорной» терапией; при изолированных симптомах (фобии) более целесообразна поведенческая психотерапия; характерологические нарушения легче корригируются гештальт-терапией или с помощью психодрамы; при алкоголизме и наркоманиях более эффективна недирективная групповая психотерапия и т. д.

Противопоказаниями для групповой психотерапии являются низкий интеллект и психозы. Особую сложность создают больные, склонные к образованию бредовых идей отношения, преследования и физического воздействия.

Относительными противопоказаниями могут служить тяжелые формы психопатий, особенно возбудимого крута (эксплозивные, эпилептоиды). С осторожностью следует включать в группу людей с выраженными физическими недостатками (уродов, глухих, слепых). Б. Д. Карвасарский (1985) считает, что абсолютно недопустимо включать в одну и ту же группу людей, «находящихся за ее пределами в служебных или каких-либо иных отношениях».

Группы могут быть большими (до 30 чел.) и малыми (3—4 чел.). Когда группа слишком велика, возникает тенденция к обособлению отдельных подгрупп со своими интересами и обратными связями. Такие группы трудно-управляемы, а терапевтический эффект их низок. Если группа слишком мала, то резко снижается интенсивность межперсональных взаимодействий. Такая группа скорее напоминает группу больных, пришедших на консультативный прием.

Большинство психотерапевтов отдают предпочтение группам из 8—12 человек (Kratochvil, 1978; Kellerman, 1979). Такие группы достаточны, чтобы обеспечить эмоциональную близость ее участников и создать между ними обратную связь.

При комплектовании группы всегда встает вопрос:
какой она должна быть по составу — гетерогенной или гомогенной?

В основе определения однородности или неоднородности группы обычно лежат три основных критерия:

1) демографический (возраст, пол, образование);

319

2) клинический (симптомы, синдромы, диагноз);
3) личностный (характер, интеллект, интересы).

Сторонники гетерогенных групп аргументируют свою точку зрения желанием создать модель общества в миниатюре (Bennis, Shepard, 1974). В гетерогенных группах эмоциональное напряжение и степень конфронтации могут быть более выраженными, а способы решения конфликтов — более естественными. Однако гетерогенность может способствовать изоляции отдельных членов группы, что, естественно, не способствует улучшению психотерапевтического воздействия. Пожилой интеллигентный человек, попавший в группу современной, не очень деликатной молодежи, в лучшем случае будет чувствовать себя неуютно, в худшем — может стать предметом насмешек.

Гомогенные группы более сплочены, менее конфликтны, члены ее более, чем в гетерогенных группах, склонны к эмоциональной поддержке друг друга. В то же время гомогенная группа является плохой ареной для споров и решения острых конфликтных ситуаций.
Гомогенность и гетерогенность группы является предметом выбора. Первые более эффективны там, где сроки лечения невелики, а целью лечения является наиболее быстрое создание «мягкого» психотерапевтического климата. Вторые более целесообразны в тех случаях, когда лечение рассчитано на более длительный срок и направлено в основном на коррекцию характера, поведения.
В наших условиях, когда речь чаще всего заходит о лечении больных неврозами, алкоголизмом, заиканием, с сексуальными нарушениями, соматическими заболеваниями, а сроки лечения ограничены, большинство психотерапевтов предпочитают работать с гомогенными (в клиническом и демографическом плане) группами.
Иногда в группу больных неврозами для «остроты» создаваемых ситуаций целесообразно включить одного-двух истероидных психопатов. При формировании группы только из психопатов целесообразно соблюдать определенную пропорцию из возбудимых (эксплозивные, эпилептоиды), тормозимых (астеники, психастеники), истероидных и паранойяльных личностей.

Опыт показывает, что работа только с одними психастениками или истерическими психопатами создает много трудностей в группе и снижает качество лечения.
Частота и длительность занятий определяются многими факторами (характер лечебного учреждения, форма и цель лечения). Оптимальными в условиях стационара считаются 3—4 занятия в неделю, каждое продолжительностью по 60—90 минут.

Роли и нормы

Психология малой группы включает в себя такие понятия, как роли, нормы, лидерство, типы поведения, групповой процесс.
Роли — это поведение, принятое членами группы и рассматриваемое ими как соответствующее групповым интересам. Каждый член малой группы, будь то производственный коллектив или семья, играет в ней ту роль, которую считает подходящей для себя и для этой конкретной группы (заведующий отделением, отец семейства и т. д.).
Опираясь на собственный опыт, каждый человек приходит в психокоррекционную группу уже с определенным настроем на ту роль, которую он в ней будет играть. Роль пациента в лечебной группе чаще всего отличается от той, которую он играет вне группы. Например, вне группы пациент — ответственный работник» руководитель, глава семьи, а группа определяет ему роль, не связанную с лидерством. Это требует от пациента психологической перестройки, понимания необходимости новой роли, а при ее принятии — гибкости в ролевой тактике.
Богданов и Элбом (Bogdanoff, Elbaum, 1978) считают, что потребность той или иной роли появляется в процессе формирования межличностных отношений, особенно при возникновении в группе острых ситуаций и конфликтов. Уже в самом начале формирования группы в ней обязательно появляются такие персонажи, как Вожак, Нытик, Скептик и т. д. Обычно наиболее типичные роли отличаются своей полярностью, как бы противопоставлены друг другу.

На этом основании Лири (Leary, 1957) все групповые роли расположил на двух осях: гнев — любовь, сила — слабость. Келлерман (Kellerman, 1979) выделил восемь основных типов ролей, разделенных на четыре пары полярных противоположностей: Романтик — Проверяющий, Невиновный — Козел отпущения. Философ — Ребенок, Пуританин — Объединяющий.
Принятая каждым участником группы «новая» роль помогает психокоррекционной группе выполнять свои основные задачи.
Эффективная группа нуждается в равновесии положительного и отрицательного. Поддерживающая, корригирующая функция группы включает в себя не только дружеские, но и недружеские действия, не только согласие, но и несогласие. Чем более гибкими, пластичными будут участники группы в своих ролях, тем более эффективной будет группа в достижении своей конечной цели.
Нормы — это принятые правила поведения, руководящие действиями участников и определяющие санкции наказания при их нарушении. Типичными нормами психокоррекционных групп являются самораскрытие и честность. Подчинение групповым нормам связано со статусом участника группы и сплоченностью группы.
Нормы существуют в любой группе и в любом обществе, а нарушение принятых норм всегда предусматривает наказание. Чем жестче нормы и суровее наказание за их нарушение, тем авторитарнее группа. Примером могут служить неформальные авторитарные группы асоциальных подростков (Кондрашенко, 1988).
Каждая психокоррекционная группа устанавливает свои нормы поведения, но в каждой из них обычно поощряются эмпатия, правдивость, теплота и открытость.
По мнению Б. Д. Карвасарского (1985), каждый член психокоррекционной группы обязан:
• выполнять распорядок групповых занятий;
• говорить в группе обо всем открыто и искренне;
• не выносить за пределы группы того, что происходит во время групповых занятий;

• помогать товарищам по группе осознавать и изменять свой способ поведения, если он противоречит общепринятым нормам;
• отказаться от общих фраз, говорить о проблемах и переживаниях, как своих собственных, так и товарищей по группе, конкретно и по принципу *здесь и теперь;*
• выслушивать взгляды, мнения и советы членов группы, обдумывать **их,** но принимать решения самостоятельно.

Подчинение перечисленным нормам не является обязательным, но от их соблюдения или несоблюдения зависит эффективность работы психокоррекционной группы и, следовательно, эффективность лечения.

Выполнение норм поведения во многом зависит от информированности и сплоченности группы.

Левин (Lewin, 1951) определял сплоченность как «тотальное поле сил, формирующее у участников чувство принадлежности к группе и желание в ней остаться».

Имеются наблюдения, свидетельствующие о том, что в гомогенных группах подчинение нормам более выражено, чем в гетерогенных.

Руководство группой

Стиль руководства. Левин, Липпитт и Уайт (Lewin, Lippitt, White, 1939) выделяют следующие три стиля руководства группой: авторитарный, демократический и попустительский.
Авторитарный стиль. Все виды поведения пациентов в группе определяются руководителем (психотерапевтом).
Он дает задания, побуждает к действию, критикует или поощряет, разъясняет, руководит дискуссией и т. п.
Психотерапевт при этом стиле — самый активный и авторитарный участник работы группы.
Демократический стиль. Деятельность группы определяется коллективным разумом. Психотерапевт направляет деятельность группы через дискуссию, групповое решение, а сам занимает позицию активного партнера.
Попустительский(антиавторитарный) стиль.
Психотерапевт полностью устраняется от руководства

группой и занимает роль наблюдателя или беспристрастного комментатора. В крайних случаях он только задает наводящие вопросы, но не дает советов и не оценивает ход событий.

Специально проведенные исследования показывают, что оптимальный стиль руководства в психотерапевтической группе — демократический (Рудестам, 1990). Однако опытные психотерапевты знают, что стиль руководства может меняться в зависимости от психологического климата и экстраординарных ситуаций, которые нередко возникают в группе. В таких случаях авторитарное руководство может быть более эффективным, чем позиция невмешательства. Существует определенная закономерность: чем более сплочена группа, тем менее активен и авторитарен руководитель. Во всяком случае даже при полном, казалось бы, невмешательстве в работу группы опытный психотерапевт никогда не теряет контроля над группой и держит нити управления в своих руках.

Личность руководителя. Определенное влияние на эффективность руководства группой оказывают личные качества психотерапевта. Этому вопросу посвящено огромное количество литературы. Не вызывает сомнения и тот факт, что, для того чтобы стать неформальным лидером, нужно обладать определенными личностными качествами. Ясно также и то, что ни одна, даже самая яркая, черта личности еще не может определять личность, а тем более ее лидерские качества.

Тем не менее Славсон (Slavson, 1962) выделяет следующие основные качества, которые, по его мнению, необходимы для лидера: уравновешенность, рассудительность, зрелость, сила *Я,* высокий порог возникновения тревоги, восприимчивость, интуиция, эмпатия, богатое воображение, решительность, желание помочь людям, терпимость к фрустрации и неопределенности.

Рудестам (1990) специфическими лидерскими качествами считает: энтузиазм, умение убеждать и подчинять себе окружающих, уверенность в себе и ум.

Функции руководителя. Психотерапевт в психокоррекционной группе обычно играет одну из следующих поведенческих ролей: эксперта, катализатора, дирижера, активного (идеального) партнера.

На Западе психотерапевт чаще всего играет роль эксперта, у нас — дирижера. Это зависит от степени авторитарности группы и формы психотерапии.

Эксперт обычно комментирует поступки и диалоги участников, стараясь связать ситуации, возникающие *здесь и теперь, с* ситуациями и проблемами из повседневной жизни. Чрезмерное увлечение ролью комментирующего эксперта может нарушить групповой процесс и превратить лечебную группу в учебный класс.

В роли катализатора психотерапевт, по образному выражению Фиберта (Fiebert, 1968), «как бы держит перед группой зеркало для того, чтобы участники могли видеть свое поведение».

Используя свой профессионализм и интуицию, а главное, такие качества, как искренность и эмпатия, психотерапевт в роли катализатора стимулирует к действию *здесь и теперь,* помогает наладить обратную связь и быстрое реагирование участников группы на создаваемые ситуации.

В роли дирижера психотерапевту обычно приходится выступать на первых этапах формирования группы или в трудных ситуациях, когда участники группы заходят в тупик.

Тупиковая ситуация в группе обычно сопровождается повышением уровня тревожности. Умеренная тревожность является хорошим лечебным фактором (Shapiro, 1978). Задача психотерапевта в роли дирижера состоит в том, чтобы вывести группу из тупиковой ситуации, все время сохраняя невысокий уровень тревожности.

В недирективных (антиавторитарных) группах психотерапевт выступает обычно в качестве активного партнера, образцового участника. В этой роли он может олицетворять образец открытости, аутентичности и на своем примере

продемонстрировать процесс самораскрытия. Пример самораскрытия положительно влияет на поведение участников группы, подталкивая их к подражанию, но здесь психотерапевту, как ни в какой другой роли, необходимо соблюдать чувство меры, так как интимное самораскрытие лидера может грубо нарушить групповой процесс.

325

Рудестам в связи с этим подчеркивает: «Руководитель в группах роста и в терапевтических группах должен быть отчасти артистом, отчасти ученым, соединяющим чувство и интуицию с профессиональным знанием методов и концепций».

Типы поведения в группе

В социальной психологии выделяют четыре основных типа поведения людей в малой группе.
Обособляющий тип. Хорошо выражена индивидуальная ориентировка. Оптимальное решение задач возможно только в условиях относительного обособления от группы, самостоятельно.
Ведомый тип. Выражена тенденция к конформности, подражательству, добровольному подчинению. Оптимальное решение групповой задачи возможно в контакте с более уверенными и компетентными членами группы.
Лидирующий тип. Индивидуум ориентирован на власть в группе. Оптимальное решение задач возможно при условии подчинения себе других членов группы.
Сотрудничающий тип. Индивидуум постоянно стремится к совместному с другими решению задач и следует за группой в случаях разумных решений.
Знание типов поведения участников группы помогает психотерапевту при распределении ролей, способствует более глубокому пониманию механизмов психологической несовместимости отдельных ее членов.
Совпадение формального и неформального лидера в одном лице упрощает ситуацию, несовпадение делает групповой процесс более сложным.

Групповой процесс

Понятие групповой процесс (групповая динамика) впервые введено Куртом Левиным в 1936 г. Центральная идея этого понятия состоит в том, что законы поведения индивидуумов в группах следует искать в познании детерминирующих их «социальных и психологических сил».
В дальнейшем это понятие применительно к психокоррекционным группам было разработано Роджерсом, Шут-

326

цем и др. (см. раздел: «Карл Роджерс и терапия, центрированная на клиенте»).
Кельман (Kelman, 1963) рассматривает групповую психотерапию как «ситуацию социального влияния», а в групповом процессе выделяет три этапа: податливость; идентификацию; присвоение.
По Кельману, члены психотерапевтической группы, во-первых, подвержены влиянию психотерапевта и других участников группы; во-вторых, идентифицируются с психотерапевтом и друг с другом; в-третьих, присваивают себе групповой опыт. Кельман считает, что для достижения терапевтического эффекта мало одной «податливости» нормам и правилам группы — необходимо еще усвоить выученное и овладеть им. Члены группы должны усвоить новые навыки чувствования (податливость), отреагировать их на группе (идентификация) и применить к специфическим ситуациям реальной жизни (присвоение).
Психокоррекционная группа с момента ее создания до завершения лечебного процесса проходит несколько стадий (фаз) своего развития.
Большинство исследователей этого вопроса приходят к выводу о том, что групповой процесс, начинаясь со стадии адаптации, через разрешение внутри-групповых конфликтов (вторая стадия) приходит в конечном итоге к сплоченности и эффективному решению проблем (Tuckman, 1965; Bennis, Shepard, 1974 и др.).
Такая стадийность развития группы вытекает из теории межличностных отношений Шутца (Schutz, 1958). По Шутцу, на ранних этапах развития группы ее участники испытывают стремление к *включению в ситуацию.* В этой стадии начинает формироваться чувство принадлежности к группе и желание установить адекватные отношения со всеми ее участниками. Во второй стадии на первый план выступают потребность в *контроле ситуации,* негативизм. Появляются соперничество и стремление к независимости, желание выделиться, занять лидирующее положение. В третьей стадии начинает доминировать *потребность в привязанности,* Участники группы устанавливают тесную эмоциональную связь друг с другом. На первый план

327

выступают сплоченность, чувство открытости, близости, эмпатии.
Кратохвил (Kratochvil, 1978) выделяет четыре фазы группового развития.
Первая фаза (ориентация и зависимость). Происходит адаптация к новым людям и ориентация: «Что это за лечение?» «Что будем делать?» «Как мне это поможет?» Члены группы встревожены, неуверенны, зависимы. Одни замыкаются в себе, другие рассказывают про свои заболевания, но при этом все ждут информации и указаний от психотерапевта.
Вторая фаза (конфликты и протест). Появляется тенденция к самоутверждению, начинается распределение ролей: активные и пассивные, лидирующие и «угнетенные», «любимчики» и «нелюбимчики» и т. п. Возникает недовольство как друг другом, так и психотерапевтом, а в конечном результате — разочарование в самом методе лечения.
Если на первом этапе формирования группы психотерапевт для всех членов группы был кумиром, то теперь он сбрасывается с пьедестала, низводится до уровня «бездельника и шарлатана». Недовольство психотерапевтом еще более

усиливается, если он отказывается от лидирующей, авторитарной роли. Эмоционально-стрессовый накал достигает своего апогея:
обсуждения больного превращаются в «товарищеский суд», беседа с психотерапевтом — в конфликт. Если психотерапевт недостаточно опытен, то на этой фазе возможен развал группы.
Третья фаза (развитие и сотрудничество). Снижается эмоциональная напряженность, уменьшаются число и острота конфликтов. Наступает консолидация групповых норм и ценностей. Борьба за лидерство отступает на задний план. Появляется потребность в своей принадлежности к группе, актуальным становится чувство ответственности за общие интересы. Между членами группы зарождаются взаимопонимание, искренность, интимность. Диалоги становятся более откровенными и доверительными. У индивидуума появляется чувство безопасности, уверенность в том, что группа его защитит. Появляется желание открываться, нормализуются отношения с психотерапевтом.

Четвертая фаза (целенаправленная деятельность). Группа становится рабочим коллективом, зрелой социальной системой. Ее члены размышляют, советуются, принимают решения. Налаживается положительная обратная связь, которая не нарушается даже в тех случаях, когда к обсуждению сознательно допускаются отрицательные эмоции и конфликты.
В отечественной психотерапии принято выделять адаптационную, фрустрирующую, конструктивную и реализационную ф а з ы групповой динамики (Слуцкий, Цапкин, 1985 и др.). В принципе, эта динамика ничем не отличается от динамик, описанных Роджерсом, Кратохвилом и др.
Каковы же **лечебные факторы** психотерапевтической группы? По мнению Ялома (Jalom, 1975), их десять.
Сплоченность. Это характеристика степени связанности, единства межличностных отношений в группе. Возрастание сплоченности способствует усилению взаимодействия между членами группы, интенсифицирует процессы социального влияния, повышает удовлетворенность каждого.
Внушение надежды. Вера в успешность группового процесса уже сама по себе имеет терапевтическое воздействие.
Обобщение. Люди склонны считать свои жизненные проблемы и болезни уникальными. В процессе группового развития они начинают осознавать, что и другие имеют подобные же проблемы и болезни. Эта идентификация собственных проблем и переживаний имеет терапевтическое воздействие.
Альтруизм. Поведение, ориентированное на удовлетворение чужих интересов без сознательного учета их выгоды для себя. Поведение, направленное на оказание бескорыстной помощи любому члену группы независимо от того, какое социальное положение он занимает вне группы.
Предоставление информации. Имеются в виду информация и рассуждения, необходимые члену группы для самосознания и самораскрытия.
Множественный перенос. Любые трудности в области общения и социальной адаптации, будучи детерминированными событиями настоящего и прошлого, обяза-

тельно проявляются в групповом общении. Эмоциональная привязанность пациента к психотерапевту и к другим участникам группы рассматривается, исследуется и при необходимости подвергается рациональной и реалистической оценке.

Межличностное обучение. Группа служит испытательным полигоном для исследования положительных и отрицательных эмоциональных реакций и апробирования новых видов поведения. Члены группы убеждаются в том, что могут открыто просить о помощи и поддержке других и бескорыстно помогать сами.

Развитие межличностных умений. В группе все ее участники явно или скрыто совершенствуют свое умение общаться. Для развития межличностных умений используются различные методики, в том числе обратная связь и ролевая игра.

Имитирующее поведение. Обучение адекватному поведению посредством наблюдения и имитации поведения других. В начале группового процесса имитируется поведение психотерапевта или других членов группы, получивших его одобрение. Постепенно участники группы начинают экспериментировать, используя множество образцов поведения, предлагаемых в группе для поддержания.

Катарсис. Обсуждение в группе скрытых или подавленных («неприемлемых») потребностей, сосредоточение на таких непроанализированных эмоциях, как чувство вины или враждебности, ведут к самопониманию, самораскрытию и в конечном итоге к облегчению.

Кратохвил (Kratochvil, 1978) приводит иной перечень лечебных факторов психотерапевтической группы:

- участие в работе группы;
- эмоциональная поддержка;
- помощь другим;
- самопроявление;
- отреагирование;
- обратная связь;
- инсайт (понимание ранее не осознанных взаимосвязей);
- коллективный эмоциональный опыт;
- проверка и тренинг новых способов поведения;
- получение новой информации и социальных навыков.

В заключение следует подчеркнуть, что ни один из перечисленных факторов в отдельности не имеет решающего лечебного значения. Терапевтическое воздействие оказывает групповой процесс, вся группа в целом.

Групповая этика

Наиболее важными в этой проблеме являются вопросы, касающиеся этики руководителя группы, психотерапевта, и вопросы внутригрупповой этики.

Обоснованное требование, которое должно предъявляться психотерапевту, — это уровень его профессиональной подготовки. Многие полагают, что групповую психотерапию может проводить любой дипломированный врач или психолог. Это глубокое заблуждение, порожденное незнанием прежде всего механизмов лечебного воздействия групповой психотерапии.

Подготовка компетентных специалистов для групповой психотерапии — дело довольно сложное, трудоемкое и должно включать в себя как минимум три стадии обучения.

Первая стадия — обучение терапевтическим основам и техникам групповой психотерапии; вторая — стажировка в группе, которой руководит опытный специалист, третья — личное участие в групповом процессе.

Теоретические основы и основные формы групповой психотерапии осваиваются при первичной специализации. Но опыт показывает, что этого бывает недостаточно.

Оптимальным вариантом второго этапа обучения является работа «в паре» с опытным психотерапевтом. Роль лидера всегда играет более подготовленный врач, но иногда полезно в процессе занятий передавать эту роль стажеру, чтобы тот мог взять на себя ответственность за руководство, а главное — «почувствовать» группу. В последующем руководство группой можно временно возложить на стажера, но при условии присутствия, наблюдения и поддержки профессионала.

Очень важно для психотерапевта приобрести личный опыт члена группы. Хорошим полигоном для этого явля-

ется группа тренинга. Руководители в такой Т-группе могут назначаться по очереди, а остальные выполняют роль участников. Участники Т-группы в таких условиях обретают понимание не только того, как чувствует себя руководитель группы, но и того, как чувствуют себя участники, переживающие трудности фрустрации, межличностных отношений, самораскрытия.

На Западе, например в Институте психиатрии и неврологии в Варшаве, разработаны программы 2-летних и 4-летних курсов обучения врачей для групповой психотерапии (Косевска, Чабала, 1990).

Внутригрупповая этика включает в себя круг вопросов, наиболее важными из которых являются:

- согласие или несогласие участвовать в групповом процессе;
- свобода выбора участия в тех или иных действиях группы;
- профилактика психических травм.

Parloff (1970) подчеркивает, что профессиональные руководители групп должны ограничиваться скромной рекламой и открыто говорить о границах своих компетенции и возможностей. В то же время информация о целях, методах, продолжительности и принципах групповой психотерапии, наоборот, должна быть наиболее полной. Это позволяет пациенту правильно решать вопрос о том, участвовать ему а этом виде лечения или нет.

Второй вопрос касается более интимных механизмов группового процесса. Поэтому каждый участник имеет право не участвовать в тех или иных действиях или ситуациях при работе группы. При этом ни руководитель группы, ни сама группа не должны оказывать на такого участника чрезмерного давления, а тем более понуждать его к искренности и самораскрытию.

Третий вопрос тесно связан со вторым. Имеет значение также продуманный отбор отдельных членов при формировании группы.

И наконец, обязательным для руководителя и всей группы в целом является соблюдение конфиденциальности. Все, что обсуждается в группе, не должно выходить за ее пределы. В противном случае групповой процесс может прерваться.

ГРУППЫ ТРЕНИНГА

Общие положения

История создания групп тренинга тесно связана с именем социолога и психолога Курта Левина. Работая сначала в лаборатории, а затем в «полевых» условиях, Левин пришел к выводу, что люди в группе постоянно воздействуют друг на друга. Он утверждал: «Чтобы выявить свои неадекватные установки и выработать новые формы поведения, люди должны учиться видеть себя такими, какими их видят другие» (Lewin, 1951). Его «теория поля» заложила основы для «групповой динами-ки» и стала краеугольным камнем в создании групповой психотерапии.

Тем не менее первая группа тренинга (Т-группа) возникла случайно. Несколько специалистов в области естественных наук (Лиленд Брадфорд, Рональд Липпитт, Курт Левин) создали в 1946 г. группу из деловых людей и бизнесменов, целью которой было совместное изучение основных социальных законов (например, закон найма на работу) и «проигрывание» различных ситуаций, связанных с их применением. Помимо выработки отпимальных вариантов решений и поведения, связанных с применением законов, эта группа несла в себе первый опыт самораскрытия и самоосознания с помощью получения обратной связи.

Группы быстро приобрели популярность как новый эффективный метод обучения, и уже в следующем году в г. Бетеле (штат Мэн) была создана национальная лаборатория тренинга (НЛТ). Основными задачами Т-групп, или, как их тогда называли, «групп тренинга базовых умений», было обучение ее участников основным законам межличностного общения, умению руководить и принимать правильные решения в трудных ситуациях. Естественно, такие группы на первых порах не были ориентированы на терапию.

Позже Т-группы по своему целевому назначению стали делиться на группы умений (подготовка руководителей, деловых людей), группы межличностных отношений (проблемы семьи, секса) и группы «сенситивности» (группы, ориентированные на рост и самосовершенствование

личности, преодоление нерешительности и т. п.). Тем не менее акцент в Т-группах еще долгое время делался на обучении здоровых людей таким ролевым функциям, как общение с начальством и подчиненными, выработка оптимальных решений в трудных ситуациях, поиск методов улучшения организаторской деятельности и т. п. (Shein, Bennis, 1965).

Родоначальники Т-групп в основе своего, как они считали, обучающего метода видели следующие позитивные начала:

• применение общественных наук (психология, социология) в практической жизни;
• ориентация на демократические (в противовес авторитарным) методы обучения;
• способность в процессе обучения устанавливать отношения взаимопонимания и взаимопомощи» готовность вникнуть в проблемы любого члена группы.

Техника занятий Т-групп

Группа — это реальный мир в миниатюре. В ней существуют те же, что и «в жизни», проблемы межличностных отношений, поведения, принятия решений и т. д. Тем не менее от реального мира эта искусственно созданная лаборатория отличается тем, что:

• в Т-группе каждый может быть и экспериментатором, и предметом эксперимента;
• здесь возможно решение задач, которые неразрешимы в реальной жизни;
• занятия в группе предполагают «психологическую безопасность», что обеспечивает «чистоту» эксперимента.

Чем ближе задачи Т-группы к решению вопросов роста личности, межличностных отношений и чем успешнее авторитарные методы руководства заменяются неавторитарными, демократическими, тем больше Т-группа (особенно ее сенситивный тип) приближается к группе встреч. Иногда границы между этими группами и вовсе стираются. И все же разница между Т-группой и группой встреч существует.

Прежде всего Т-группа учит тому, *как* учиться. Поскольку все члены группы вовлекаются в общий процесс взаимообучения, они в большей мере полагаются друг на

друга, чем на руководителя. Таким образом, обучение является скорее результатом опыта самой группы, нежели разъяснений и рекомендаций руководителя.

Обучение тому, как учиться, включает в себя отдельные этапы:

• представление самого себя;
• обратная связь;
• экспериментирование.

Представление самого себя — это процесс самораскрытия. Наиболее эффективной моделью самораскрытия является «окно Джогари», названное так в честь его изобретателей Джозефа Лафта и Гарри Инграма (рис. 11).

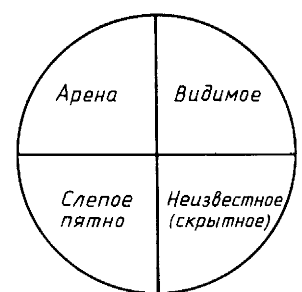


Рис. 12. Окно Джогари

В соответствии с моделью «Джогари» можно представить, что каждый человек содержит в себе четыре зоны личности: «арену», «видимое», «слепое пятно» и «неизвестное».

«Арена» — это зона нашего Я, о которой знаю я и знают другие. Это «пространство» личности, открытое и для меня, и для других.

«Видимое» — это то, что я о себе знаю, а другие нет (любовный роман, страх перед начальником и т. п.)

«Слепое пятно» —это то, что другие знают обо мне, а я — нет (привычка перебивать говорящего и т. п.).

«Неизвестное» —- это то, что скрыто и от меня и от других. Сюда же включаются и скрытые потенциалы любой личности. Условно эта зона совпадает с зоной бессознательного.

«Окно Джогари» наглядно показывает, что расширить контакты — это значит прежде всего увеличить «арену». Когда участники любой группы встречаются впервые, «арена» обычно бывает небольшой. По мере того как растет взаимопонимание в группе, увеличивается доверие к партнерам, повышается степень самораскрытия, расширяется и «арена» каждого из ее участников.

Если в группе не удается создать атмосферу взаимопонимания, а уровень доверия друг к другу достаточно низок, то и эффект воздействия такой группы на ее участников бывает невысоким.

Обратная связь осуществляется в тех случаях, когда одни участники группы сообщают о своих реакциях на поведение других с целью откорректировать «курс» их поведения. В свою очередь участники, получившие такой «сигнал» от других, имеют возможность откорректировать свое поведение.

Обратная связь в атмосфере искренности и взаимодоверия дает отдельным членам группы информацию об их «слепых пятнах», обеспечивает лучшее понимание всеми участниками сути группового процесса.

Лучше, когда обратная связь проявляется эмоциональной реакцией на поведение партнера, а не критикой и оценкой самого партнера и его поведения. Лучше сказать:
«Когда ты прервал меня, я разозлился», чем «Невоспитанный ты человек», и т. п.

Корректирующее воздействие обратной связи тем более эффективно* чем более единодушны участники группы в своей оценке поведения одного из партнеров.

Экспериментирование в группе основано на активном поиске различных вариантов поведения в одинаковых (или различных) ситуациях.

Такой поиск может быть успешным лишь в том случае, если экспериментирующие участники могут получить от группы ясную и точную обратную связь без страха за последствия своего поведения в той или иной ситуации.

Важным условием работы группы является сосредоточение внимания на принципе *здесь и теперь.* Этот принцип актуален для всех типов учебных и лечебных групп. Все реакции должны исходить из конкретной ситуации, а не носить характер повествования или назидания. Глав-

ным итогом группового процесса является внимание к непосредственному опыту и конкретным ощущениям.

Конечная цель Т-группы — научить ее участников применять полученные на занятиях знания и навыки в реальной жизни (на производстве, в семье и т. п.).

Функции руководителя группы. Джон Богарт довольно точно подметил, что «идеальный руководитель Т-группы представляет собой сочетание иудейской праматери, примерного отца, святого пророка и Мефистофеля» (Bogart, 1966).

Хороший руководитель — тот, кто верит в групповую мудрость и способность участников самостоятельно выбраться из трудных ситуаций, которые они сами себе создают. Роль руководителя состоит в том, чтобы вовлечь участников в совместную работу по исследованию их взаимоотношений и поведения, организовать групповой процесс, а потом незаметно устраниться от директивного руководства.

Общая ошибка всех руководителей Т-групп заключается в стремлении активно включиться в групповой процесс, «вытянуть» группу из тупиковой ситуации. В действительности такие действия руководителя только мешают группе реализовать свои резервные возможности.

Однако устраниться от руководства — не означает утратить контроль над ситуацией. Опытный руководитель, избегая очевидного руководства группой, всегда тем не менее остается центральной фигурой, тонко и ненавязчиво направляя процесс в нужное русло.

В тех случаях, когда работа в Т-группе ограничена во времени (наша действительность!), меняется и роль наставника. Руководитель такой «краткосрочной» группы должен быть более активен, чаще вступать в конфронтацию с участниками, обеспечивать обратную связь.

Т-группа с укороченным сроком действия чаще всего бывает «структурированной». В такой группе руководитель задает тон занятиям (дает конкретное задание, формирует ситуацию), а группа вырабатывает свой вариант решения. «Заплаиированность действий» хорошо зарекомендовала себя при решении различного рода конфликтных ситуаций.

Противоположностью «структурированной» группе может служить так называемая тэвистокская модель

группы. Она была предложена Уилфридом Байоном в 1959 г., а название группы происходит от Тэвистокской клиники и Тэвистокского института человеческих отношений в Лондоне, где Байон занимался исследованием так называемых «малых учебных групп» (Bion, 1959).

Основное внимание в этих группах сосредоточивается на индивидуальном развитии и уникальности каждой личности. В тэвистокской группе в качестве допущения принимается, что высказывания одного участника и его поведение, отраженное в групповом зеркале, разделяются и другими участниками, а сама группа ведет себя как взаимосвязанная система, в которой целое оказывается чем-то большим, нежели сумма его частей. Руководителю в тэвистокской группе Байона отводится пассивная роль. В то время как члены группы исследуют особенности собственного поведения, руководитель группы остается в тени.

Приобретение коммуникативных умений. Т-группа в психокоррекциоином плане имеет две основные цели:
• самосовершенствование личности;
• обучение умениям межличностного общения (коммуникативным умениям).
Коммуникативные умения в свою очередь включают:
• описание поведения (своего и партнера);
• коммуникацию чувств;
• активное слушание;
• обратную связь;
• конфронтацию.

Описание поведения — умение сказать о поведении другого без анализа его мотивов и без конструктивной критики, а тем более оскорблений самого субъекта. Можно сказать: «Татьяна, ты неряха». Это оскорбление. А можно так: «Таня, ты пролила чай и не вытерла». Это описание поведения. Умение высказаться в описательном ключе, а не в форме оценки — первый шаг к умению правильно строить межличностные отношения.

Коммуникация чувств — умение ясно сказать о своих чувствах. Внешний вид и жесты не всегда четко и правильно отражают чувства партнера. Плотно сжатые губы могут быть и выражением гнева, и проявлением страха. Участники группы должны учиться передавать суть своих чувств таким образом, чтобы они были пра-

вильно поняты другими. Лучше всего научиться передавать свои чувства адекватными словами, не прибегая к непонятным и сложным метафорам. Проще сказать: «Мне стыдно»; <Я рад»; «Я чувствую смущение»; «Я тебя люблю», нежели идти окольными путями, прежде чем партнер поймет то, что ты чувствуешь. Иногда люди путают мысли и чувства. Утверждение «Я чувствую, что Таня очень одинока» в действительности есть суждение, в котором слова «Я чувствую» правильнее заменить на «Я думаю».

Умение слушать. Случайно собравшиеся собеседники редко умеют слушать друг друга. Говорить всегда проще, чем слушать. По мнению Карла Роджерса, научиться слушать намного труднее, чем научиться говорить.

Существует понятие *активное слушание,* которое включает в себя ответственность за то, что человек слышит. Можно сделать вид, что слушаешь, а можно активно, посредством подтверждений и уточнений вникать в суть услышанного. С активным слушанием связано другое понятие — *эмпатическое понимание,* которое объединяет способность слушать и умение передавать услышанное другому. Эмпатическое понимание означает умение не просто слушать, а правильно понять значение и смысл услышанного, уловить внутреннее состояние, истинные чувства говорящего.

Без умения активно слушать и понимать услышанное невозможен искренний и продуктивный диалог.

Конфронтация — одна из активных форм коммуникации, при которой действия одного человека направлены на то, чтобы заставить другого осознать, проанализировать или изменить свои межличностные отношения.

Умелая конфронтация требует чуткости к психическому состоянию оппонента и убежденности в своих контрдоводах. Она будет более продуктивной, если ее инициатор соблюдает следующие условия диалога:

• устанавливает позитивные взаимоотношения и эмпатическое понимание с оппонентом;
• выражает конфронтацию в форме предположения или вопроса, а не в форме категорического требования;
• говорит об особенностях поведения партнера, а не о его личности;

• приводит контрдоводы, которые содержат конструктивные и позитивные начала;
• вступает в конфронтацию прямо, честно, не искажая факты, намерения и чувства оппонента.

В свою очередь оппонент может извлечь пользу из конфронтации только в том случае, если он открыт для обратной связи и рассматривает спор как возможность исследовать себя.

Т-группа, кроме функции научения, выполняет еще и функцию психического оздоровления. Это означает, что занятия в Т-группе делают ее участников более восприимчивыми к чужим чувствам и потребностям, позволяют глубже осознать себя и свое собственное поведение, помогают наладить адекватные межличностные отношения, повысить свою коммуникабельность, открытость, укрепить уважение к окружающим и чувство собственного достоинства.

Упражнение 1: «Кто я?»

Особенно подходит для первого занятия. Каждому участнику группы раздаются карандаши и бумага. Руководитель дает инструкцию: «Напишите в столбик цифры от 1 до 10 и против каждой цифры дайте ответ на один и тот же вопрос: «Кто я?» Постарайтесь быть искренними, откровенными, учитывайте свои интересы, положительные и отрицательные качества. После того как закончите составлять перечень ответов, приколите лист на грудь и медленно ходите по комнате, читая, что написано на листке каждого, и позволяя читать свой перечень». В качестве варианта один из участников может прочесть свой перечень ответов громко для всей группы. Занятие оканчивается обменом мнениями.

Упражнение 2: «Решение задачи».

Половина группы усаживается в круг в центре комнаты, вторая половина располагается вокруг первой. Участникам, находящимся во внутреннем круге, дается ситуационная задача или тема для дискуссии. Подходят любые задачи и темы, но лучше конкретные, актуальные в повседневной жизни: «Муж пришел домой пьяным»; «В магазине нет нужных продуктов»; «Муж узнал, что жена ему изменяет»; «Вы спешите на работу, а автобус переполнен» и т. п. Тему лучше обсуждать по принципу *здесь и теперь.*

Участникам, находящимся во внешнем круге, предлагают наблюдать за поведением кого-либо из конкретных участников в центре и подмечать, как тот участвует в дискуссии, в какой степени оказывает поддержку своим партнерам.

Через 15—20 минут участники меняются местами. В заключение вся группа садится в общий круг и обсуждает различные варианты решения проблемы, формы поведения и реагирования отдельных участников дискуссии. Возможно резюме руководителя группы.

Упражнение 3: «Дискуссия».

Четыре участника группы добровольно вызываются участвовать в дискуссии, взяв на себя одну из предложенных ролей.

«Начальник». Держится высокомерно, мыслит безапелляционно. Себя считает правым, остальных — виновными. Говорит властным голосом, не терпит возражений.

«Подчиненный». Во всем противоположен начальнику. Держится подобострастно, во всем соглашается с начальником. Всех успокаивает, очень боится конфликта.

«Человек-компьютер». Ультрарассудительный, спокойный, холодный, собранный, бесстрастный, умный. Говорит только правду.

«Чудак». Высказывает неожиданные суждения, приводящие всех в недоумение. Держится независимо. Кажется неуклюжим, «простачком», «себе на уме».

Предметом дискуссии может быть любая тема. Добровольно, в соответствии со своими поведенческими ролями участники дискуссии демонстрируют различные варианты межличностных отношений. Дискуссия длится 15—20 минут.

Занятия заканчиваются общим обсуждением поведения участников дискуссии. Руководитель предоставляет возможность каждому участнику дискуссии защищать свою позицию.

ГРУППЫ ВСТРЕЧ

Общие положения

Группы встреч в отличие от групп тренинга являются терапевтическими психокоррекционными группами. Существуют два основных направления в понимании психокоррекционных групп. Сторонники первого направления (Бредфорд, Гибб, Бенинс и др.) ориентируют группы на решение конкретных задач, отработку навыков межличностных отношений. Руководитель не устраняется от лидерства полностью и нередко выступает в роли наставника.

Сторонники второго направления (Роджерс, Шутц, Перлс и др.) в большей степени ориентированы на гуманистический, демократический стиль руководства группой. Во главу угла ставится не аутократичность руководителя, а чувство общности, аутентичности и открытости в отношениях между членами группы.
Сторонники первого направления более склонны работать с Т-группами или группами тренинга умений; приверженцы второго — с группами встреч, гештальт-груп-пами.

341

Большой вклад в развитие метода внес Карл Роджерс («терапия, центрированная на клиенте»). Роджеровская концепция «встреч» содержит в себе прежде всего веру в потенциальные возможности личности на пути к самораскрытию и самосовершенствованию.
Местом рождения групп встреч можно считать Институт Эсалена в штате Калифорния (1962), а к родоначальникам этого оригинального гуманистического направления в психотерапии наряду с Роджерсом следует отнести Ричарда Прайса, Мишеля Мерфи, Ульяма Шутца и др.
Шутц выделяет следующие основные признаки группы встреч:
• открытость и честность в общении ее членов;
• осознание самого себя, своего *Я* (психического и физического);
• ответственность за себя и членов группы;
• внимание к чувствам;
• принцип *здесь и теперь.*
Открытость и честность. Достигается через реализацию такой групповой ценности, как самораскрытие. Группа встреч поощряет участников к раскрытию самих себя другими и тем самым дает им возможность установить доверительные отношения друг с другом.
Самораскрытие — сугубо интимный и трудный процесс. Люди, готовые без серьезного повода раскрыть другим свой внутренний мир, по меткому выражению Сиднея Джурарда, являются либо чудаками, либо психическими эксгибиционистами. Именно с этой позиции рассматривал Поль Моруа «Исповедь» Жана Жака Руссо.
С другой стороны, целенаправленное и осознанное самораскрытие, по утверждению того же Джурарда (Jourard, 1964), является признаком сильной и здоровой личности.
Сам процесс самораскрытия заинтересованному эмпатизирующему слушателю приносит облегчение (эффект исповеди). Существует такое мнение, что сокрытие и вытеснение значимых для личности внутренних переживаний приводит нередко к неврозам и психосоматическим заболеваниям (Mowrer, 1964).
Группа встреч поощряет к самораскрытию (к исповеди) не перед профессионалом (священник, врач), что намного проще, а перед партнерами по группе. Опыт

342

показывает, что иногда исповедоваться проще совершенно незнакомому человеку (дорожные встречи и т. п.). Однако спонтанное самораскрытие партнеру по группе по многим причинам не всегда приемлемо.

Лафт (Luft, 1970) считает, что самораскрытие становится возможным только при определенных сформировавшихся условиях:
• когда взаимоотношения между людьми строятся на основе взаимопонимания;
• когда тема самораскрытия связана с ситуацией, каким-то образом объединяющей людей (лечебная группа);
• когда самораскрытие происходит не сразу, а постепенно, чтобы не ошеломить партнера.

К групповому понятию открытых и честных отношений очень близко стоит экзистенциальное понятие об *аутентичности.* Аутентичность следует понимать как умение быть в согласии с реальным течением жизненных событий. Аутентичная личность выражает себя спонтанно, не прибегая к защитным механизмам («не играя роли»), открыто высказывая свои мысли и выражая свои чувства.

Carkhuff, Berenson (1977) называют таких людей «подлинными», «настоящими».

Конечно, рискнуть стать «подлинным» человек может только тогда, когда чувствует себя в безопасности, в окружении доброжелательности и доверия.

Осознание самого себя. Выражая свои истинные чувства и мысли, т. е. открываясь для других и используя обратную связь, участники группы могут посредством самоанализа более глубоко осознать самих себя.

Самоосознание начинается уже с того, что человек узнает о своих сильных и слабых сторонах. Далее можно попробовать проанализировать свои неудачные отношения с лицом противоположного пола, с группой и т. д.

Одним из действенных методов, при помощи которого группа стимулирует своих членов к самоосознанию, является конфронтация. Однако конфронтация может стать эффективной только в том случае, если между членами группы существует взаимопонимание, основанное на единстве цели. Группа искренне заинтересована помочь своему участнику, а участник заинтересован в исследовании своих чувств и поведения.

343

Примером групп встреч, в которых основным методом работы является конфронтация, могут служить так называемые «сайнанон-группы».

Общие принципы этого варианта групповой психотерапии были разработаны в 1958 г. американцем Чарльзом Дедериком, психотерапевтом (в прошлом алкоголиком).
Дедерик организовал общество взаимопомощи для желающих излечиться от алкоголизма и наркомании. Эти люди должны были жить в общине, в Сайнаноне, штат Калифорния (отсюда и название групп), и принимать участие в активном самоизлечении. Нормы и правила общины были довольно жесткими. Они включали в себя:

- тяжелый физический труд;
- самообслуживание;
- полный отказ от алкоголя и наркотиков;
- отсутствие лидера.

Суть лечения в этих группах составляла конфронтация новых членов с теми, кто уже избавился от своего пагубного пристрастия. Такие члены группы имели преимущество перед профессионалами-наркологами, так как уже имели свой собственный опыт, дающий им право «напрямую» говорить с новичками. Лечебный эффект такого рода групп оказался достаточно высоким.

В дальнейшем опыт сайнанон-групп был распространен и на другие контингенты больных, например для психокоррекции людей, имеющих физические недостатки (Casriel, 1963).

Ответственность. Основной закон группы встреч, по Шутцу, заключается в том, что «участники должны отвечать за поведение, которое они демонстрируют или от которого отказываются в группе».

Гуманистическая психотерапия основывается на уважении к пациенту, но вместе с тем предполагает, что члены группы должны отвечать за свое поведение как в группе, так и в реальной жизни. Шутц настаивал на том, что группа не должна защищать своих членов в сложной ситуации, а, наоборот, поощрять их к реализации собственных резервов и принятию самостоятельных решений.

Ответственность пациента за свое поведение не исключает полностью ответственности психотерапевта за лечебный процесс. Хельмут Кайзер (Kaiser, 1955), представи-

тель гуманистической психотерапии, считает, что, как только групповой процесс сформировался и пациент активно вступил в него, ответственность за исход лечения с этого момента должен нести психотерапевт.

Внимание к чувствам. Роль эмоционального фактора в эффективности любого психотерапевтического метода известна давно (Рожнов, 1985 и др.).

Подлинная психотерапия предполагает напряженный труд, требующий от обеих сторон не только высокой эмоциональной включенности в этот процесс, не только активности и искренности, но и большого «эмоционального мужества». Все это предполагает готовность пациента пережить радость общения с доброжелательными членами группы и осознать собственные, порой сложные чувства, возникающие в трудных ситуациях, при встрече с «неприятными» людьми. А осознать свои эмоции — значит более глубоко осознать самого себя.

Одной из целей психотерапевта является создание в группе оптимального уровня эмоционального напряжения. Только нужно всегда помнить, что групповая напряженность из мощного психотерапевтического потенциала может быстро трансформироваться в деструктивный заряд и... развалить группу.

Чаще всего осознание эмоций ведет к сближению людей, к сплоченности группы. Осознанные эмоциональные реакции апробируются в группе, затем переносятся на повседневную жизнь и способствуют лучшей адаптации личности в социальной среде.

«Здесь и теперь». Этот принцип актуален для всех психокоррекционных групп и особенно для групп встреч. Он ориентирует участников группы не на те события, которые происходили с ними когда-то в прошлом, а на те, которые происходят сейчас, и не только в группе, но и за ее пределами.

* *
*

При организации группы психотерапевт обычно проводит с участниками предварительную беседу, в которой излагает основные цели и задачи этого метода

лечения. Следует также рассказать об особенностях группы встреч.

Членов группы просят с самого начала соблюдать несколько универсальных базисных правил:

- открытость и честность в общении друг с другом;
- доминирование чувств над мыслями;
- принцип *здесь и теперь.*

В предварительной беседе следует подчеркнуть, что все участники группы встреч отвечают за себя и что результат их излечения зависит от них самих.

Техника занятий групп встреч

Основными техническими приемами в группе встреч являются:

- установление контактов;

• построение доверительных отношений;
• изучение конфликтов;
• анализ сопротивления;
• соучастие и поддержка.

Установление контактов (знакомство). Па первых этапах группового процесса усилия членов группы направляются на установление доверительных межличностных контактов. Эти усилия Шутц называл «стремлением к включению в ситуацию», которое определяется желанием каждого члена группы ощутить свою принадлежность к ней.

На первом занятии можно представиться друг другу с помощью псевдонимов, что облегчает межличностный контакт. Знакомство начинается с контактов в мини-группах или в парах. На Западе при первом знакомстве поощряются физические контакты — исследование рук, лица партнера; у нас принято преимущественно вербальное общение.

Построение доверительных отношений. В группе всегда есть несколько участников, которые на первых порах испытывают чувство одиночества из-за трудности в установлении контактов. Не каждому легко сразу доверить свои чувства и переживания малознакомому человеку.

Существует несколько упражнений, помогающих осознать свое чувство одиночества и преодолеть барьер недоверия друг к другу.

346

Упражнение 1: «Прорвись в круг». Участники группы берутся за руки и образуют замкнутый круг. Один из членов группы» испытывающий чувство одиночества, получает от психотерапевта задание прорвать круг и проникнуть внутрь его. Участники группы, образовавшие круг, сначала сопротивляются намерениям и действиям своего «одинокого» партнера, а потом «пропускают» его в свою компанию. Участник, проникающий в круг, должен осознать, что для преодоления одиночества нужно приложить определенные усилия.

Упражнение 2: «Доверяющее падение», или «страховка». Участники делятся на пары, один из партнеров становится с закрытыми глазами спиной к другому в падает назад, будучи уверенным, что его поймают. Второй партнер ловит падающего, не давая ему коснуться пола.

Изучение конфликтов. Очень часто конфликтные ситуации возникают на той стадии группового процесса, когда на первый план выходят соревнования, соперничество, борьба за лидерство. Чаще всего конфликты изучаются на вербальном уровне. Психотерапевт поощряет членов группы, вступивших в конфронтацию, способных внимательно выслушивать друг друга, прямо и откровенно высказываться, пытающихся осознавать не только свои чувства и поведение, но и соперника.

Элизабет Минц (Mintz, 1971) для исследования конфликта рекомендует физические упражнения. Два вступивших в конфликт участника по рекомендации психотерапевта садятся друг против друга, сжимают друг другу кисти рук и продолжают диалог (упражнение «сжимание рук»). Чем больше высота эмоционального накала, тем крепче конфронтирующий участник сжимает руку своего партнера. Часто чувство злобы, выраженное в крепком рукопожатии, сменяется чувством успокоения. Кроме того, это упражнение дает конфликтующим партнерам устанавливать своего рода «физическую» обратную связь. Присутствие других членов группы должно создавать атмосферу поддержки, облегчать и поощрять процесс осознавания поведения каждого из конфликтующих партнеров.

Анализ сопротивления. Также осуществляется посредством специальных упражнений.

Упражнение 3. Участнику группы предлагают подумать о чем-нибудь очень сокровенном, о том, что очень трудно открыть группе. Потом предположить, что он открывает свой секрет одному из партне-

347

ров, и представить себе ответную реакцию. Затем он описывает предполагаемую реакцию партнера, не открывая самого секрета.

Это упражнение может стать первым шагом к следующей ступени открытости для участника, а также в качестве обратной связи будет полезным для всей группы.

Упражнение 4: «Фантазирование». Участники группы по очереди получают от руководителя конкретную тему для фантазирования. Затем один из участников закрывает глаза и начинает фантазировать. Темы могут быть самыми разнообразными (собственное тело, какое-то животное, вещь, ситуация и т. д.). Если в процессе фантазирования пациент встречает на своем пути препятствие (робеет, смущается и т. п.), психотерапевт поощряет его к самораскрытию, помогает продолжить фантазирование.

Материал, полученный в процессе фантазирования, нуждается в дальнейшем прояснении и интерпретации.

Соучастие и поддержка. Чтобы правильно осознать свое поведение и полностью раскрыться, каждый участник нуждается в положительной поддержке всей группы. Вначале такая поддержка осуществляется с помощью руководителя. Со временем группа становится способной обеспечить своего участника положительной обратной связью самостоятельно.

Следует учитывать, что стремление выразить поддержку, утешение или одобрение в адрес своего партнера по группе очень часто отражает эмоциональное состояние (неуверенность, тревогу) не столько поддерживаемого, сколько поддерживающего.

*** * ***

Современные группы встреч не ограничиваются узкими методическими рамками и существуют в нескольких модификациях, каждая из которых предполагает свои цели и задачи.

Так, появились «группы марафона», которые собираются относительно редко, но работают по 12—48 часов кряду. Этот тип групп, разработанный Фредом Столлером (Stoller, 1972) и Джорджем Бахом (Bach, 1966), ориентирован на психоанализ.

Существуют «группы обнажения», предложенные Полем Биндримом (Bindrim, 1968). Эти группы собираются

348

в теплом бассейне; упражнения в них ориентированы на сенсорные осязания и заканчиваются обнажением, которое, по мнению Биндрима, помогает участникам полностью снять тревогу по поводу своего тела и стимулирует к откровенности и самораскрытию.

У практикующих групп встреч есть не только сторонники (количество их сейчас растет), но и противники. Курт Бак (Back, 1972), к примеру, утверждает, что интенсивные эмоциональные переживания, часто возникающие в группе встреч, не всегда полезны для определенной категории больных. Атмосфера взаимного уважения и поддержки в группах, по его мнению, чаще всего культивируется искусственно, и после того, как пациент из «тепличных условий» вновь попадает в обычную среду, адаптироваться ему бывает еще труднее, чем до группы. В итоге, подчеркивает Бак, некоторые пациенты становятся «постоянными участниками групп» и не в состоянии адаптироваться к обычной социальной среде.

В связи с этим встает вопрос о тщательном предварительном отборе кандидатов в группы встреч. Это должны быть люди, которые, с одной стороны, достаточно толерантны к конфронтациям, эмоциональным встряскам, а с другой — способны перенести групповой опыт в обычную социальную среду.

Число людей, которым терапия в группах встреч противопоказана, колеблется от 1 до 9 процентов (Valom, Lieberman, 1971; Hartley, Roback, Abramowitz, 1976).

Эти же авторы дают психологический портрет тех больных, которым «встречи» приносят ухудшение. Эти люди в большей степени, чем другие, не уверены в себе, имеют низкую самооценку, нереалистические ожидания какого-то «особого» эффекта от лечения в группе, а также склонны избегать сложных, психотравмирующих ситуаций. Иными словами, это люди, которые чрезмерно уязвимы, не умеют строить адекватных межличностных отношений и возлагают чрезмерную надежду на «встречи», они должны быть отнесены к группе риска.

И наконец, все сходятся на том, что результат лечения в группах встреч во многом зависит от психотерапевта,

349

от его умения дозировать эмоциональную напряженность в группе, а главное — не делать из группы встреч социального и психологического «протеза», вовремя и правильно сориентировать членов группы на адаптацию в реальной социальной среде.

Упражнение 6: «Встреча».

Группа садится в круг. Руководитель коротко определяет суть «встречи»: открытая и честная беседа, внимание к чувствам (своим и партнеров), стремление осознать самого себя, принцип *здесь и теперь.* Исключаются беседы на абстрактные темы и рассказывание анекдотов.

Через 10—15 минут руководитель прекращает «встречу» и обсуждает вместе с группой, как она происходила.

Упражнение 6: «Впечатления».

Один из участников садится напротив другого, глядит ему прямо в глаза и громко, чтобы слышала вся группа, рассказывает, какое впечатление он на него производит. Так поступают все участники по очереди. Когда наступает ваша очередь слушать, не затевайте дискуссии, постарайтесь узнать что-то полезное из впечатлений о себе. Важно не превратить упражнение в фарс или гротеск.

Упражнение 7: «Мудрец».

Закройте глаза. Представьте зеленый луг и старое развесистое дерево. Под деревом сидит седовласый мудрец, готовый ответить на любой ваш вопрос. Подойдите к нему, задайте вопрос и внимательно выслушайте ответ. Задавать вопрос и выслушивать ответ можно несколько раз. После этого откройте глаза и поделитесь своей фантазией с группой. Постарайтесь не утаивать и не искажать смысл вопросов и ответов.

Упражнение 8: «Последняя встреча».

Закройте глаза и представьте, что занятия в группе заканчиваются. Подумайте: что вы хотели, но не успели сказать группе. Через несколько минут откройте глаза и честно расскажите о своих сомнениях.

Упражнение 9: «Вдвоем».

Разделитесь на пары. Выберите себе в качестве партнера наименее знакомого человека. Сядьте на пол спина к спине. Постарайтесь вести разговор. Через несколько минут повернитесь друг к другу и поделитесь своими ощущениями.

Один партнер сидит, другой стоит. Ведут разговор. Через несколько минут они меняются местами, чтобы каждый испытал ощущение при разговоре в позициях «сверху» и «снизу». После упражнения партнеры делятся своими ощущениями.

Сядьте напротив. Смотрите друг другу в глаза, установите контакт и «говорите только глазами». Через несколько минут поочередно поделитесь своими ощущениями.

Упражнение 10: «Живые руки».

Расставьте стулья в два ряда так, чтобы расстояние между ними было примерно 60 сантиметров. Снимите с рук кольца и часы. Завяжите

350

себе глаза. Руководитель подведет вас к стулу так, чтобы вы не знали, кто сидит напротив. Не нужно разговаривать. Вложите в ваши руки всю выразительность ваших чувств: познакомьтесь с партнером, касаясь Друг друга руками (3 мин); боритесь руками (3 мин); миритесь руками (3 мин); прощайтесь руками (3 мин).

Снимите с глаз повязки и обменяйтесь друг с другом и с группой своими ощущениями.

ГЕШТАЛЬТ-ТЕРАПИЯ

Общие положения

Напомним, что основными понятиями гештальт-психологии, которая лежит в основе гештальт-терапии, являются: понятие о фигуре (гештальте) и фоне, осознание чувств, сосредоточенность на настоящем, борьба

противоположностей, функции защиты и такое понятие, как зрелость (см. раздел *Фредерик Перлс: гештальт-психология и гештальт-терапия).*
Исследования в области восприятия (опыты Келера и Коффки) показали, что наиболее важные и значимые для человека события занимают в его сознании центральное место *(фигура, гештальт),* а менее важная на данный момент информация отступает на задний план, образуя фон. В последующий момент фигура и фон могут поменяться местами. Построение и завершение гештальтов является естественным ритмом психической деятельности индивидуума, показателем его психического здоровья.
Понятие *борьба противоположностей* отражает борьбу между полярными сторонами нашего *Я,* между его потребностями и возможностями. Когда потребность невозможно удовлетворить, гештальт остается незавершенным. Неотреагированная потребность в форме незавершенного гештальта и является, по Перлсу, основной причиной невроза.
Зрелость — это способность индивидуума выйти из трудной, тупиковой ситуации, полагаясь только на себя.
Задача гештальт-терапевта заключается в том, чтобы помочь пациенту осознать свою потребность, сделать ее более четкой (сформировать гештальт) и нейтрализовать, завершить ее, а в конечном итоге помочь человеку выйти из тупиковой ситуации.

351

Таким образом, основной целью гештальт-терапии является пробуждение скрытых возможностей человека путем поощрения осознания своих потребностей и способствование продвижению его (пациента) по пути к зрелости.

Если гештальт-терапия проводится в группе, то психотерапевт обычно работает с одним (реже с двумя) из участников. Остальные члены группы могут идентифицироваться с «работающим» участником, оказывать ему эмоциональную поддержку, а в некоторых случаях обеспечивать обратную связь.

Доброволец, находящийся на «горячем месте», должен обязательно соблюдать принцип *здесь и теперь* и рассказывать о содержании своего осознания. Психотерапевту не нужно интерпретировать рассказ добровольца, а лучше следовать за ним, всячески поддерживая в попытках осознать свои чувства и поведение.

Техника гештальт-терапии

Гештальт-терапия включает следующие основные компоненты:
• расширение осознания;
• интеграция противоположностей;
• усиление внимания к чувствам;
• работа с мечтами (фантазией);
• принятие ответственности на себя;
• преодоление сопротивления.

Расширение осознания. Используются упражнения, направленные на расширение осознания того, что входит в понятия *внутренняя* и *внешняя зоны.* Руководитель группы просит участника закрыть глаза и, соблюдая принцип *здесь и теперь,* сконцентрироваться на внутреннем мире своего тела (см. упражнение 1). Свое осознание внутренней зоны участник начинает словами: «Сейчас я ощущаю...» и далее описывает свои ощущения, возникающие на поверхности кожи, в мышцах, во внутренних органах и т. д. Затем участник получает задание открыть глаза и сфокусировать свое внимание на внешней зоне. Осознание окружающего мира также сопровождается словами: «Сейчас я осознаю...» и т. д. (идет информация об ощущениях, которые вызывают у пациента различные

352

предметы, звуки, запахи и т. п.). Да1лее фокус внимания снова перемещается на внутреннюю зону, и так по очереди.

Вначале эти упражнения могут показаться искусственными и нелепыми, но через некоторое время участники группы овладевают **ими** и без особого напряжения и сопротивления начинают работать со своими чувствами, поочередно фокусируясь то на внутренней, то на внешней зоне.

Следует подчеркнуть, что информация о процессе осознания еще не есть осознание. Часто участники группы, особенно в начале ее формирования, не хотят говорить о некоторых своих переживаниях и ощущениях. Психотерапевт в таких случаях не должен настаивать, но может помочь участнику вопросом, например, такого содержания: «Что ты чувствуешь именно (сейчас?» Участнику группы не обязательно рассказывать все о своих ощущениях, главное — научиться осознавать их.

Можно провести некоторую аналогию процесса осознания чувств при гештальт-терапии с медитацией. Медитаторы являются пассивными «наблюдателями» своих мыслей и чувств, они не прерывают их и не пытаются их осознать. Участники гештальт-группы, наоборот, задерживают свое внимайте на таких ощущениях, как напряжение мышц спины, тяжесть одной ноги, лежащей на другой, и пр., и вслух рассказывают о своих ощущениях.

Упражнения по осознанию можно продолжить, разделившись на пары. «Сейчас я осознаю) твою улыбку, твои глаза. Они говорят мне о твоем теплом отношении ко мне...» и т. д.

Важно при такого рода упражнениях научиться четко различать то, что реально имеет место, и то, что ты «представляешь» себе.

Упражнения, направленные на расширение осознания, выполняются участником, находящимся на «горячем месте» совместно с психотерапевтом. Пациент получает задание попробовать осознать ощущения, возникающие у него во время дыхания, в определенной позе и т. п. Уже само задание заставляет участника действовать по принципу *здесь и теперь:* он начинает рассказывать о своих ощущениях во время вдоха и выдоха, о тяжести,

353

возникающей в скрещенных на груди руках, и т. п. Психотерапевт не интерпретирует рассказ участника, но может усложнить процесс его осознания, спросив, например: «Знаешь ли ты, в какой позе сейчас находишься?» или: «Знаешь ли ты, что сейчас улыбаешься?». По мере развития группового процесса такие вопросы могут задавать пациенту на «горячем месте» и остальные участники группы.

Интеграция противоположностей. Формирование и завершение гештальтов зависит от способности личности четко определять свои потребности и умение вступить в контакт со средой для того, чтобы удовлетворить эти потребности. Контакт со средой во многом зависит, во-первых, от способности (умения) разграничивать окружающую среду и свое *Я* и, во-вторых, от способности (умения) разграничивать отдельные аспекты своего *Я,* например свои ощущения, их истинность и полярность.

В диалектике существует закон единства и борьбы противоположностей. Он одинаково применим как к окружающей среде, так и к нашему внутреннему миру. В нас самих постоянно идет борьба двух или нескольких противоположных желаний и тенденций.

В одном человеке часто сочетаются пассивность и агрессивность, конформность и независимость, рационализм и альтруизм, робость и смелость.

Сочетание полярных качеств психики особенно характерно для подросткового возраста. У подростков очень часто целеустремленность и настойчивость сочетаются с неустойчивостью и импульсивностью, повышенная самоуверенность и безаппеляционность в суждениях уживаются с легкой ранимостью и неуверенностью в себе, потребность в общении — с желанием уединиться, развязность — с застенчивостью, романтизм, мечтательность — с сухим рационализмом и циничностью, искренняя нежность, ласковость — с черствостью, отчужденностью, враждебностью и даже жестокостью (Сухарева, 1974; Личко, 1983; Кондрашенко, 1988).

Борьба этих противоположных личностных качеств нередко формирует конфликт внутри нас самих.

Для гештальт-терапевта важно, чтобы пациент осознал свои противоречивые качества, а главное — осознал

354

чувства, которые сопровождают борьбу этих противоположностей.

С этой целью в гештальт-терапии используется методика «двух стульев». Участник садится сначала на один стул и начинает описывать свои ощущения с позиции Нападающего, потом пересаживается на второй стул, стоящий напротив, и выступает уже с позиции Защищающегося. Нападающий обычно высказывает нравоучения, диктует своему оппоненту, что он «должен делать», как «должен себя вести», а Защищающийся объясняет, что он «может сделать», как ему «хочется себя вести».

Получается диалог, в котором пациент воссоздает конфликт между своими полярными ощущениями и старается осознать их. Когда эти полярные позиции внутреннего конфликта прочувствованы и осознаны, пациенту становится легче интегрировать их в своей личности.

Хотя упражнение по методике «двух стульев» является, по существу, индивидуальной работой на «горячем месте», исследование противоположностей в этом случае можно вести вместе с группой. Это бывает особенно полезно, когда между членами группы возникают межличностные конфликты и когда они могут сами до конца осознать свои чувства и причины этих конфликтов.

Усиление внимания к чувствам. Осознание своих чувств должно быть непрерывным, но многие люди прерывают процесс осознания, как только дело доходит до неприятных переживаний, до тех чувств, которые пациент избегает осознавать.

Так, женщина, которую оставил муж, охотно и продуктивно осознает те чувства и переживания, которые реабилитируют ее в этой ситуации, а мужа делают виновным в разводе. Но как только дело доходит до чувств противоположного порядка, процесс их осознания может прерваться.

В подобных случаях психотерапевт должен помочь пациенту завершить незавершенный и травмирующий его гештальт. Это важно, во-первых, потому, что та энергия, которая тратится на сокрытие «неприятного» чувства, после его отреагирования может быть направлена на более продуктивные цели, и, во-вторых, это может прояснить

355

противоположности, вовлеченные во внутренний конфликт, и интегрировать **их в** единое целое.

Иногда, для того чтобы легче осознать свои чувства, нужно усилить их или даже несколько утрировать, сделав более гротескными.

В этом плане помогает методика «Разыгрывание ролей». Участники по очереди разыгрывают роли, позволяющие им полностью выразить свои реальные чувства. Когда человек говорит не от своего имени, а от имени своего «героя», ему всегда легче осознать и высказать свои сокровенные переживания.

Психотерапевт должен обращать внимание не только на смысл слов, которые говорит участник упражнения «Разыгрывание ролей», но и на их мимику, жесты. Перлс справедливо считал, что полностью подавить наши стремления и чувства невозможно. Например, женщина, рассказывая о своих конфликтных отношениях с мужем, бьет себя кулаком по бедру. Психотерапевт может попросить женщину сыграть роль этого «кулачка» и от «его имени» выразить все свои чувства: злость, гнев, собственную вину... «Язык тела, — подчеркивает Кьелл Рудестам, — не является единственным

видом невербального поведения, позволяющим вплотную изучить эмоции». (Рудестам, 1990). Свои чувства пациент может выразить через рисунок, песню, танец и т. п.

Работа с мечтами (фантазией). Фредерик Перлс считал, что фантазии представляют собой наиболее спонтанную продукцию, которая несет в себе уникальную информацию, те фрагменты нашего Я, которые при обычном рассказе подавляются или от которых мы отказываемся.

При гештальт-терапии фантазии не анализируются и не интерпретируются психотерапевтом. Пациент сам исследует свои фантазии. Работа эта включает в себя как минимум два компонента:

1) перенос мечты на реальную почву;

2) идентификацию мечты со своей личностью. Перенос фантазии на реальную почву облегчается, если участник группы получает задание описать свою мечту в настоящем времени. Перлс считал, что каждый фрагмент мечты представляет собой отчужденный фрагмент собственной личности. Для того чтобы вновь «при-

своить» их себе, индивидуум должен идентифицировать объект мечты со своей личностью.

Другим вариантом этого упражнения является проработка отдельных фрагментов фантазии. Перлс полагал, что в гештальт-терапии нет необходимости работать со всей фантазией, достаточно отдельного ее фрагмента.

Если содержанием фантазии является спор, дискуссия, обсуждение противоположных точек зрения или чувств, то в этом случае может быть использована методика «двух стульев». Участник «разыгрывает» одну крайнюю позицию фантазии, а потом вторую. Исследуя и осознавая эти крайние позиции, индивидуум далее может объединить их в одно целое.

Принятие ответственности на себя. Сторонники гештальт-терапии считают, что причиной невроза часто является неспособность индивидуума полностью принять на себя ответственность за свои чувства, мысли и поступки, иными словами, неспособность принять ответственность за свое Я.

Люди очень часто склонны перекладывать ответственность за свои негативные поступки и чувства на других:

«Я пью потому, что такая напряженная жизнь»; «Я изменяю тебе потому, что ты допекаешь меня своей ревностью» и т. п. Многие из них искренне считают, что в их пороках и неудачах виноваты не они сами, а другие люди или обстоятельства.

Тенденцию избегать принятия ответственности за самих себя и делать ответственными за свои чувства и поступки других людей Перлс называл «дырами в личности». Согласно Перлсу, человек проецирует неприятные для него чувства вовне только тогда, когда не в состоянии осознать их в самом себе. В подобных случаях психотерапевт не спешит соглашаться с участником группы в его доводах и не спешит оказывать ему поддержку в его сетованиях на судьбу. Наоборот, отказывая в поддержке и фрустрируя таким образом, он заставляет пациента выискивать ресурсы внутри себя и, следовательно, принимать ответственность за свои чувства и поступки на себя.

Преодоление сопротивления. В гештальт-терапии сопротивлением обозначается такая ситуация, при которой участник группы не выполняет те упражнения, которые

предлагает ему терапевт (Latner, 1973). Но гештальт-терапевты в отличие от аналитиков не рассматривают сопротивление в качестве барьера, который нужно обязательно разрушить и преодолеть. Перлс рассматривает сопротивление прежде всего как нежелание индивидуума осознать свои негативные чувства. Целью же гештальттерапевта является преобразование сопротивления в процессе осознания самого себя.

Сопротивление может проявляться в мышечном напряжении, неестественной позе, изменении голоса и т. п. В таких случаях терапевт может задать пациенту вопрос:

«Слышишь ли ты, как изменился твой голос?» или «Можешь ли ты сейчас ощутить свою позу?». Нежелание переживать болезненные чувства может проявляться и в изменении дыхания: оно становится поверхностным, неритмичным. В подобных случаях психотерапевт просит пациента дышать глубже и ритмичнее, а когда дыхание нормализуется, попытаться все-таки рассказать о своих истинных переживаниях.

Таким образом, гештальт-терапия не пытается разрушить сопротивление; она ориентирована на формирование у пациента понимания того, что это сопротивление как раз и скрывает те чувства, которые он избегает осознать и которые особенно нуждаются в осознании.

Упражнение 1: «Осознание». Условно разделите мир вашего сознания на три зоны:

1) внешний мир;

2) внутренний мир вашего тела;

3) мир ваших чувств, мыслей, фантазий.

Выберите себе партнера. Сядьте лицом друг к другу. Расслабьтесь. Делитесь по очереди осознанием внешнего мира. Начинайте свою речь словами: «Сейчас я осознаю, что...» и заканчивайте ее рассказом о своих ощущениях от воздействия окружающей обстановки (света, запахов, вида партнера и т. д.). Говорите 5—8 минут. Теперь переключайтесь и внимательно слушайте то, что ваш партнер рассказывает о своем ощущении внешнего мира.

Далее по очереди рассказывайте об ощущениях, связанных с вашим телом (средняя зона). Начинайте рассказ словами: «Сейчас я осознаю...» и заканчивайте его описанием своих ощущений, связанных с вашим телом (сухость во рту, тяжесть в руках, зуд, боль и т. д.). Рассказывайте о своих ощущениях 2—3 минуты, потом переключитесь и внимательно выслушайте партнера.

Переключитесь на свой мир чувств, мыслей, фантазий. Начинайте рассказ словами: «Сейчас я осознаю...» и заканчивайте повествование о своих чувствах, связанных с данным занятием, о ваших заботах, мыслях. Не бойтесь спонтанных мыслей и чувств, старайтесь говорить

о них, соблюдая принцип *здесь и теперь.* Говорите 5—8 минут, потом внимательно выслушайте партнера.

Обменяйтесь с партнером своими впечатлениями. Вновь по очереди включитесь в процесс осознания. На этот раз «переходите» из зоны в зону.

В заключение постарайтесь осознать вашего партнера. Позвольте ему сделать то же самое в отношении вас.

Упражнение 2: «Разыгрывание ролей».

Участники группы по предложению психотерапевта по очереди проигрывают некоторые свои внутриличностные конфликты, которые ими до конца не осознаются, но очевидны для окружающих. Например, если участник, не замечая этого, излишне часто извиняется, говорит негромким голосом, смущается, то ему можно предложить сыграть роль застенчивого, робкого молодого человека. При этом его просят несколько утрировать именно те черты характера, которые у него особенно выражены.
Если участник осознает свое поведение и желает от него избавиться, ему можно поручить сыграть роль человека с противоположными чертами характера, например Хлестакова или Начальника, который разговаривает с подчиненными только в тоне приказаний и нравоучений.
Для разыгрывай ия роли каждому участнику дается по 5—10 минут. Остальное время нужно оставить для обмена впечатлениями.

Упражнение 3: «Борьба противоположностей».
Психотерапевт определяет тему дискуссии, затем одному из участников поручает роль Нападающего, другому — Защищающегося.
Участники садятся лицом друг к другу и начинают дискуссию. Каждый из участников должен твердо придерживаться своей роли. Нападающий должен критиковать партнера, ругать его, поучать, говорить твердым авторитарным голосом. Защищающийся — извиняться, оправдываться, объяснять, почему у него не получается все то, что требует от него Нападающий.
Дискуссия длится 10 минут. После этого партнеры меняются ролями. Каждому участнику диалога нужно как можно полнее и глубже осознать чувство власти, агрессии Нападающего и чувство робости, унижения, незащищенности Защищающегося.
Сравните сыгранные вами роли с вашим поведением в реальной жизни. Обсудите полученный опыт вместе с группой.

Упражнение 4: «Антикварный магазин».
Сядьте на стул, закройте глаза, расслабьтесь. Представьте себе, что вы находитесь в магазине, где продают антикварные вещи. Мысленно выберите себе любой предмет и вообразите себя этим предметом.
Рассказывайте от имени этого предмета о себе: «Как вы себя чувствуете»; «Почему оказались в магазине»; «Кто и где ваш прежний хозяин» и т. д. Откройте глаза и поделитесь своими ощущениями с группой.
Точно так же можно идентифицироваться с цветком, деревом, животным, вообразив себя в соответствующих условиях. Не стесняйтесь своих ощущений. Старайтесь, чтобы у вас не осталось незавершенных переживаний.

359

Упражнение 5: «Три фразы».
Сядьте напротив партнера и, глядя ему в глаза, скажите три фразы, начиная каждую из них со слов: «Я должен». Партнер, не комментируя сказанного вами, в свою очередь говорит три аналогичные фразы. Теперь вернитесь к своим фразам и по очереди повторите их, заменив в каждой слова «Я должен» на «Я предполагаю». Поделитесь своими ощущениями.
Далее по очереди с партнером произнесите три фразы, начиная каждую со слов: «Я не могу», а затем то же самое, заменив слова «Я не могу» на слова «Я не хочу». Поделитесь своими переживаниями в связи с изменением смысла сказанных вами фраз.
Аналогично по очереди произнесите три фразы, начинающиеся со слов «Мне надо», а потом замените эти слова на «Я хочу».
Наконец, по очереди с партнером произнесите три фразы, начинающиеся словами: «Я боюсь, что», а затем замените начало фразы на слова: «Я хотел бы».
Слова «Я должен», «Я не могу», «Мне надо», «Я боюсь, что» отрицают или снижают степень вашей ответственности за себя. Изменяя фразы, вы повышаете ответственность за свои мысли, чувства и поведение. Постарайтесь осознать ощущения, связанные с изменением смысла сказанных фраз. Поделитесь своим опытом с группой.

360

ПСИХОДРАМА

Психодрама — это одна из форм группового процесса, в котором метод драматической импровизации используется как способ изучения внутреннего мира участников группы. Она относится к одному из ранних методов групповой психотерапии. Создателем психодрамы, как и групповой психотерапии вообще, считают Якоба Леви Морено.

Компоненты психодрамы

Основными компонентами психодрамы, по Морено, являются: ролевая игра, спонтанность, «теле», катарсис и инсайт.
Ролевая игра. Морено не рассматривал игру и свой "спонтанный театр" как нечто заранее приготовленное и отрепетированное. Психодрама использует естественную способность людей к игре и создает такие условия, при которых участники группы, играя роли, могут творчески работать над своими личностными проблемами и конфликтами.
Морено подчеркивал, что между исполнителем роли в психодраме и актером существует большая разница. Актер играет то, что написано автором сценария, т. е. в своем поведении и выражении чувств он ограничен авторским текстом. Актер должен обладать способностью перевоплощаться по «заказу», а не по «желанию». В психодраме это мастерство создания «фальшивого фасада» может оказаться только помехой.
В отличие от театра психодрама поощряет импровизацию, разыгрывание ролей и ситуаций, актуальных для группы, а поэтому и «сценарий», и «постановка» являются результатом работы не профессионала, а самих участников группы.
Спонтанность. Наблюдая за игрой детей, нетрудно заметить, насколько они внутренне раскованны и лишены поведенческих стереотипов. Игры и эмоции их спонтанны. Спонтанность — это поведение и чувства, не регулируемые воздействием извне. Именно поэтому в психодраме нет заранее написанных сценариев и ролей.
Спонтанность, по мнению Морено, — это ключ к творчеству. «Творчество, — пишет он, — это спящая красавица, которая, для того чтобы проснуться, нуждается в катализаторе. Таким хитрым катализатором творчества является спонтанность».
«Спонтанный театр» Морено по своему замыслу является антиподом профессионального театра. Однако акцент на спонтанность не исключает возможности использовать в психодраме привычные действия. Важно, чтобы эти действия были всегда новыми и адекватными ситуации, а не являлись результатом «домашней заготовки».

Морено считал, что современные люди боятся непосредственного и эмоционального (спонтанного) общения, но утверждал, что такому общению можно научиться. Одним из методов обучения спонтанности, по его мнению, является психодрама.

Спонтанность сближает психодраму с другими антиавторитарными психокоррекционными группами, делающими акцент на принципе *здесь и теперь* (группы встреч, гештальт-группы и т. п.).

В психодраматическом действии нет прошлого и будущего, есть только настоящее. Психодрама стирает границы времени. Все переживается в реальном действии. Это дает возможность ее участнику «объективизировать» свое прошлое, проявить его вовне...

Как ребенок от имени игрушки может высказать все, что ему недозволено говорить самому, так и участник психодрамы от имени своего персонажа, перевоплощаясь и импровизируя, может достаточно глубоко раскрыть свое внутреннее *Я* независимо от того, идет ли речь о прошлом, будущем или настоящем.

«Теле». Если понятие *перенос,* по Фрейду, обозначает односторонний процесс передачи эмоций от пациента психотерапевту, а *контрперенос* — от психотерапевта пациенту, то *«теле»,* по Морено, обозначает двусторонний процесс передачи эмоций между пациентом и терапевтом.

Морено определял «теле» как «вчувствование людей друг в друга». Понятие «теле» можно определить как «взаимосвязь всех эмоциональных проявлений переноса, контрпереноса и эмпатии» (Рудестам, 1990). В то время как эмпатия — это одностороннее вчувствование одного человека во внутренний мир другого, «теле» представляет собой взаимный обмен эмпатиями.

«Теле» может включать в себя не только положительные эмоции (позитивное «теле»), но и отрицательные (негативное «теле»).

Катарсис. Аристотель определил катарсис как чувственное потрясение и внутреннее очищение. Примерно так же понимал катарсис и Фрейд.

Морено несколько расширил это понятие, распространив действие катарсиса не только на зрителей, но и на актеров. В связи с этим он писал, что психодрама имеет лечебный эффект не столько по отношению к зрителю (вторичный катарсис), сколько по отношению к самому актеру, «который разыгрывает драму и освобождает себя от нее». Более того, если в античных трагедиях катарсис — явление вторичное по отношению к сюжету, в психоанализе — вторичное по отношению к анализу, то в психодраме процесс катарсиса выступает на передний план и по своему лечебному воздействию становится более важным, чем сценарий или последующий анализ связанных с представлением переживаний и действий.

Морено достаточно образно подметил, что различие между зрителями традиционного театра и зрителями психодрамы можно сравнить с различием между человеком, который смотрит фильм об извержении вулкана, и

человеком, который непосредственно наблюдает извержение у подножия вулкана.

Инсайт. Это вид познания, который приводит к немедленному решению или новому пониманию проблемы. Это прозрение, озарение. Целью психодрамы является создание такого группового климата, в котором было бы возможно максимальное проявление катарсиса и инсайта.

Техника психодрамы

Роли. В психодраме наиболее важными являются роли режиссера, протагониста и «вспомогательного» Я.

Роль *режиссера* обычно исполняет руководитель группы. Он же играет роль психотерапевта и аналитика.

Режиссер создает в группе определенную атмосферу, распределяет роли, «запускает» представление, дает ему определенное направление, предоставляя тем самым всем членам группы возможность перевести свои мысли и чувства на язык драматического действия. От хорошего режиссера требуются такие качества, как творчество, гибкость, способность привлечь к участию в психодраме всю группу.

В роли терапевта руководитель психодраматического действия направляет его в нужное психокорректирующее русло; в роли аналитика обсуждает действия всех участников психодрамы, интерпретируя их поведение, мысли и чувства.

Исполнитель главной роли в психодраме носит название *протагониста.* Участники второстепенных ролей называются *«вспомогательные» Я.* Остальные участники группы носят название аудитории, которая отличается от обычной театральной тем, что принимает активное участие как в самой психодраме, так и в последующем ее обсуждении.

Фазы развития психодрамы.

Первая фаза состоит из трех стадий:

1) постепенное раскрепощение двигательной активности участников;
2) стимуляция спонтанных поведенческих реакций;
3) фокусировка членов группы на конкретной теме.

Если это одно из первых занятий, режиссер должен использовать период разминки для создания необходимой эмоциональной атмосферы, необходимой для вовлечения всех членов группы в психодраму. Одновременно режиссер в качестве обратной связи узнает от участников группы, кто из них хочет сегодня активно участвовать в психодраме, какие темы или проблемы их волнуют.

Можно еще раз напомнить участникам группы, что во время психодраматического действия они должны быть максимально спонтанны, раскрыты, говорить все, что хотят или думают, не опасаясь оказаться в глазах участников группы или чересчур наивными, или чересчур смелыми.
Вторая фаза — психодраматическое действие. Выбирается протагонист. Выслушиваются его замысел, тема, которые могут быть положены в основу психодраматического действия. После того как тема одобрена, протагонист выбирает для постановки сценария «вспомогательных» *Я.* Далее осуществляется то, что называется собственно психодраматическим действием.
Протагонист с помощью «вспомогательных» *Я* разыгрывает намеченную тему, стараясь больше импровизировать, быть спонтанным, естественным, открытым.
Роль режиссера при разыгрывании представления достаточно сложна: с одной стороны, он должен не мешать естественному развитию сценария, с другой — направлять его по нужному руслу, ведущему в конечном итоге к катарсису и инсайту.
Морено так говорил о роли режиссера в процессе психодраматического действия: «Мы не должны разрушать стены, мы просто должны трогать ручки множества дверей для того, чтобы понять, какая из них открыта».
Третья фаза — последующее обсуждение. Желательно, чтобы в обсуждении психодраматического действия участвовали не только режиссер, протагонист и другие задействованные в представлении лица, но и вся группа.
Методика психодрамы. Наиболее часто в ходе психодраматического действия используются такие методики, как монолог, двойник, обмен ролями, отображение.
Монолог — это речь действующего лица сценария, чаще всего протагониста, в которой он выражает свои

мысли и чувства как аудитории, так и самому себе. Монолог позволяет действующему лицу взглянуть на свои переживания как бы со стороны, что позволяет более глубоко исследовать реакции участников представления на **ими** же создаваемую сценическую ситуацию. Методика монолога особенно эффективна при исследовании противоречий между явными и скрытыми чувствами протагониста.

Двойник, или второе Я, — участник, способный в любой момент заменить протагониста. Если протагонист не может развить действие дальше, то двойник помогает ему. Иногда психодраматическое действие строится так, что двойник высказывает тайные чувства и помыслы протагониста, выполняя роль как бы его «внутреннего голоса». В этом случае важна как можно более полная идентификация двойника и протагониста.

В некоторых группах участники поочередно вступают в действие, становясь то протагонистом, то двойником, то «вспомогательным» Я.
Может существовать несколько вариантов двойников:
«бесцветный» двойник подтверждает или только несколько усиливает чувства протагониста; «иронический» двойник дополняет роль протагониста в ироническом и юмористическом ключе, подталкивая его на более глубокое изучение проблемы; «страстный» двойник усиливает чувства протагониста, делая их более яркими и понятными. Важно, чтобы двойник во всех случаях выражал чувства протагониста, а не свои собственные.

Обмен ролями: протагонист на время меняется ролями со «вспомогательным» Я. Эта методика позволяет, с одной стороны, понять затруднения протагониста, помочь ему более точно выразить свой замысел, а с другой — дает возможность «второму» Я показать свое понимание ситуации, выразить свое отношение к ней.

Например, при разыгрывании сцены ссоры между супругами, где роль протагониста исполняет жена, а «вспомогательного» Я — муж, их просят поменяться ролями. В таком случае психодраматическое действие может принять совсем другое направление, помочь разрешить конфликт и найти адекватную форму поведения в той или иной ситуации.

Отображение тесно связано с методикой обмена ролями. Режиссер просит протагониста временно отойти на «задний план» и понаблюдать, как дублер играет его собственную роль.
Методика отображения помогает протагонисту осознать, как его воспринимают другие, открыть новые резервы для самораскрытия. Кроме того, отображение в качестве обратной связи помогает протагонисту изменить свои неправильные суждения или поведение.
Опытный режиссер выборочно применяет различные методики, управляет с их помощью развитием психодраматического действия, усиливая и углубляя катарсис и инсайт.
Описанные методики не исчерпывают всего сценического арсенала режиссера, исполнителей и аудитории.
В психодраматическом действии могут быть использованы такие методики, как «проекция будущего» (протагонист проигрывает ситуации, которые могут произойти в будущем); «свечи» (любой член группы на короткое время становится протагонистом); «разговоры за спиной» (протагонист садится спиной к аудитории и слушает впечатления участников группы о своей игре) и т. д.
Следует отметить, что техника и методика психодрамы используются в различных психокоррекционных группах, например в группах встреч, трансактного анализа, тренинга умений, гештальт-терапии.
Удачное сочетание принципа *здесь и теперь* и возможностей ролевой игры делают психодраму интересной и полезной. В терапевтических целях психодрама наиболее часто применяется при алкоголизме и наркоманиях, при девиантных формах поведения, при различного рода пограничных нервно-психических расстройствах (неврозы, психопатия).

Упражнение1: «Ролевая игра».

Группу делят пополам, образуя два круга, один внутри другого. По сигналу психотерапевта участники внешнего круга движутся в одну сторону, участники внутреннего — в другую. По команде все участники останавливаются и поворачиваются лицом друг к другу. Находящиеся но внешнем круге

играют роль контролеров автобуса, а находящиеся во внутреннем круге — роль безбилетных пассажиров. Участники спонтанно играют свои роли в течение 3 минут, а затем еще в течение 2 минут делятся с партнером своими мыслями и чувствами. По команде психо-

терапевта группа снова начинает движение по кругу и по сигналу останавливается. Снова происходит выбор партнеров. На этот раз участники, составляющие внутренний круг, играют роль покупателей, а участники внутреннего круга — продавцов магазина. Через 3 минуты участники прекращают игру и делятся впечатлениями.

Упражнение 2: «Монолог с двойником».

Кто-то из участников группы вступает в центр круга и произносит монолог. Говорить нужно о своих мыслях, чувствах, переживаниях. Желательно не «произносить речь», а спонтанно излагать вслух свои мысли. При этом можно свободно двигаться по комнате, представляя, что в ней никого нет.

Через несколько минут другой член группы по своей инициативе подходит и встает позади произносящего монолог, принимая его позу и повторяя его мимику, жесты, движения. Не мешайте течению основного монолога, копируйте только невербальное поведение протагониста. Через несколько минут пусть вас заменит другой участник.

Упражнение 3: «Семья».

Один из участников добровольно вызывается создать «живую картину» своей семьи.

Выберите из группы участников, которые чем-то схожи с вашими членами семьи. Включите всех, кто жил с вами, пока вы росли.

Создайте сцену, которая изображает фрагмент из жизни вашей семьи («За столом», «На веранде» и т. п.). Расскажите каждому участнику о том члене своей семьи, которого он изображает. Не забудьте включить в семью себя.

Можно ограничиться «живой картиной». Упражнение будет более продуктивным, если вы возьмете на себя роль протагониста и разыграете сцену из жизни вашей семьи.

После проигрывания сцены обязательно поделитесь своими чувствами со всеми участниками группы.

ПОВЕДЕНЧЕСКАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ (ГРУППЫ ТРЕНИНГА УМЕНИЙ)

Общие положения

Если психокоррекционные группы, описанные в предыдущих разделах главы, базируются так или иначе на психоанализе, то группы тренинга умений в большей степени ориентированы на бихевиоризм, т. е. в основе их лечебного воздействия лежит поведенческая психотерапия.

Понятие *поведенческая терапия* впервые ввели в практику независимо друг от друга Арнольд Лазарус и Ганс Айзенк в конце 50-х годов.

В нашей стране большее распространение получил термин *условно-рефлекторная терапия.*

Бихевиористские законы «научения» в свою очередь зиждятся на таких широкоизвестных в физиологии понятиях, как сочетанные рефлексы В. М. Бехтерева, условные рефлексы И. П. Павлова, оперативное обусловливание Баррхуса Фредерика Скиннера.

Еще в 1917 г. В. М. Бехтерев предложил для лечения конверсионных проявлений истерии (параличи, «слепота», «глухота» и др.) вырабатывать сочетанные рефлексы «парализованной» конечности на индифферентный световой или звуковой раздражитель в сочетании с болевым (удар электрическим током). Он отмечал, что если у больного истерией удастся вызвать рефлекторное движение «парализованной» конечности на индифферентный раздражитель, то паралич исчезает. Примерно так же можно вызвать условно-рефлекторную реакцию на световой раздражитель у больных с истерической «слепотой» или же звуковой — у больных с истерической «глухотой».

В 1929 г. Н. В. Контарович применил условно-рефлекторный метод лечения алкоголизма. В основу метода было положено сочетание приема алкоголя с болевой дозой тока. Однако метод оказался малоэффективным. Вскоре группа авторов (Контарович, 1929; Случевский и Фрикен, 1933) стали применять для лечения алкоголизма сочетание приема алкоголя с введением апоморфина.

Апоморфин, введенный под кожу, вызывает тошноту и рвоту независимо от того, что выпил перед этим пациент: алкоголь или воду. Поэтому при условно-рефлекторной терапии (УРТ) алкоголизма действие апоморфина на больного должно скрываться, а сам больной должен быть убежден, что тошноту и рвоту у него вызывает не апоморфин, а алкоголь. Если же больному становится известно рвотное действие апоморфина, то отвращение возникает к лечебной процедуре, а не к приему алкоголя (Свядощ, 1982; Кондрашенко, Скучаревский, 1983).

В 1938 г. была опубликована монография американского физиолога и психолога Баррхуса Фредерика Скиннера «Поведение организмов». В 1958 г. издана книга австрийского психотерапевта Джозефа Вольпе «Психотерапия реципрокным торможением». Эти труды послужили мощным толчком для развития поведенческой психотерапии.

Вольпе считал, что основным проявлением невроза являются немотивированные тревога и страх. Невроз исчезает, если «научить» больного подавлять эти симптомы. На основании такого предположения Вольпе разработал один из наиболее распространенных в настоящее время методов поведенческой терапии — **метод систематической десенсибилизации.**

В схематическом изложении суть метода заключается в следующем. Больного с навязчивыми состояниями и фобиями вначале обучают методу прогрессивной релаксации по Джекобсону (см. с. 98—100). Далее на основании расспроса врач выясняет у пациента характер его болезненных переживаний (страх закрытых или открытых помещений, страх сойти с ума или заболеть раком, боязнь острых предметов и т. д.) и составляет перечень условий и обстоятельств, способствующих развитию этих болезненных состояний, в порядке нарастания силы их психотравмирующего воздействия.

Например, у больного выявляется страх высоты — гипсофобия. Психотерапевт составляет «иерархическую шкалу» — перечень ситуаций и сцен, которые вызывают у больного страх, начиная от слабого до сильновыраженного. На первое место может быть поставлено слово «высота», потом вид открытой двери на балкон высотного этажа, затем сам балкон,

вид асфальта и проходящих автомашин под балконом... Для каждой из этих сцен могут быть разработаны более мелкие актуальные для больного детали.
Больному предлагается вызвать у себя представление волнующих его сцен, начиная с менее значимых. Если представление вызывает у больного сильную эмоциональную реакцию, то оно тут же прекращается, а волнение купируется мышечной релаксацией. Если же вызванное больным представление не сопровождается волнением и страхом, то он переходит к следующему, более актуальному для него представлению.
Первую ситуацию больной представляет себе 15—20 секунд. Затем следует представление успокаивающего характера и посредством метода Джекобсона достигается релаксация. Так, переходя от ситуации к ситуации по «иерархической шкале», пациент достигает самой волнующей и учится купировать ее релаксацией. Посредством

тренировок можно достичь такого результата, когда представление о высоте у больного с гипсофобией уже не вызывает страха. После этого тренировки переносят из «лаборатории» в реальную действительность.

Существуют варианты этой методики, при которых используются слайды, специальные видеозаписи, а для усиления релаксации применяются различные лекарственные средства.

При методике «фединг» (затухание) в качестве стимуляторов воображения сначала используются слайды с изображением объекта или ситуации фобии, а вслед за этим слайды, вызывающие успокоение.

При методике «иммерсии* объекты фобии демонстрируются без последующей релаксации или введения успокаивающих средств.

В 1928 г. Dunlop высказал парадоксальное на первый взгляд предположение, что от дурной привычки можно избавиться, если сознательно многократно повторять ее. Этот метод получил название метода негативного воздействия. В основе его лежит принцип угасания, разработанный школой И. П. Павлова, согласно которому условный стимул без подкрепления ведет к исчезновению (угасанию) условного рефлекса.

Больному с заиканием рекомендуют 15—20 раз сознательно повторить слово, на котором он спотыкается. Если больной сказал слово «з-з-з-здравствуйте», то его просят многократно повторить это слово, обязательно заикаясь. Больному с навязчивой рвотой при еде предлагают по 15—20 раз подряд вызывать у себя представление о том, что он ест и его тошнит. Больному с навязчивым движением предлагают сознательно по 10—15 минут повторять это движение (цит. по А. М. Свядощу, 1982).

Франкль (Frankle, 1966) разработал оригинальную методику поведенческой психотерапии, получившей название «парадоксальной интенции» *(интенция* — намерение).

Больному предварительно объясняют смысл предполагаемого лечения, а затем предлагают делать то, чего он боится. При этом больной должен не просто имитировать свои фобии, а делать это с чувством юмора, как бы высмеивая самого себя. Например, больному с кардиофо-

бией Франкль предлагал: «Постарайтесь умирать каждый день 3 раза. Три раза вызывайте у себя паралич сердца и умирайте. Повторяйте: «Хочу умереть» и выходите при этом на улицу, чтобы умереть». Больному с сифилофобией можно предложить три раза в день заражаться сифилисом, а больному с лиссофобией каждый день «сходить с ума».
Метод оперативного обусловливания направлен на изменение поведения пациента, научение его новым навыкам или отказ от нежелательных прежних навыков с помощью поощрения и наказания («жетонная» система, удары током и др.).
Поведенческая терапия имеет в своем арсенале много практически ценных методик. Кроме уже упомянутых систематической десенсибилизации, парадоксальной интенции, оперативного обусловливания сюда можно отнести **методики социального тренинга,** или **моделирования, тренинг уверенности в себе и др.**
В последние годы поведенческая психотерапия все чаще практикуется в групповом варианте.
Причинами, заставившими представителей бихевиористской школы обратиться к групповой форме психотерапии, послужили не только финансовые соображения или соображения экономии времени, но главным образом понимание того, что поведение и чувства индивидуума находятся в тесной зависимости от окружения, дающего его поведению и чувствам либо положительную, либо отрицательную оценку. Поэтому процессы учения, переучивания и отучивания значительно интенсифицируются в условиях психокоррекционной группы. Это становится особенно ясным, когда человек пытается овладеть умением вести разговор, назначать свидание, вступать в интимные отношения, разрешать конфликтную ситуацию.
Говоря о группах тренинга умений, Рудестам подчеркивает: «Присутствие или отсутствие людей может влиять на поведение, группа становится микрокосмосом, представляющим реальный мир. Это социальная сеть, в которой можно определить и практиковать социальные умения» (Рудестам, 1990).
В последние годы отмечается повышение интереса к когнитивным (от англ. *cognition* — знание) факторам

(оценка, установка, убеждения). Это привело к созданию нового направления — поведенческо-когнитивной терапии (Эллис, 1962; Рудестам, 1990).

Наиболее часто поведенческая терапия практикуется в однородных в синдромологическом и нозологическом отношении группах. Описаны хорошие результаты систематической десенсибилизации фобий, психической импотенции, фригидности.

В последние годы широкое распространение получили группы тренинга уверенности в себе. Именно с этой целью чаще всего и формируются группы тренинга умений.

Группы тренинга умений включают такие компоненты, как учебная модель, постановка цели, измерение и оценка.

Учебная модель. Группа тренинга умений занимает промежуточное положение между учебной и психокорригирующей группами. Члены группы рассматриваются скорее не как больные, а как лица, пожелавшие приоб-

рести определенные умения, навыки, которые помогут им улучшить свою жизнь, исправить имеющиеся личностные недостатки.

Весь жизненный период человека можно условно разделить на отдельные этапы (детство, подростковый возраст, юность, зрелость, старость). На каждом из этих этапов он приобретает определенные навыки, необходимые ему для адаптации и дальнейшего развития.

Одним из критических этапов развития личности является подростковый возраст. Приобретение умений в области межличностных отношений, формирование определенных стереотипов поведения в этом возрасте особенно актуальны. Имеются исследования (Личко, 1983; Кондрашенко, 1988 и др.), свидетельствующие о том, что акцентуация характера и девиантные формы поведения встречаются более чем у 60 процентов подростков.

В этих случаях групповой подход как один из методов коррекции характера и поведения приобретает особо важное значение.

Постановка цели. Целью группы тренинга умений является выработка такого поведения, которое является приемлемым не только для индивидуума, но и для общества в целом. Такая группа является своего рода лабора-

372

торией для формирования и освоения нормальных жизненных умений.

К основным видам жизненных умений, которым обучают в группе, относятся управление эмоциями, планирование своего ближайшего и отдаленного будущего, принятие решений, родительские функции, коммуникативные умения, уверенность в себе.

В отличие от других психокоррекционных групп, группы тренинга умений довольно жестко структурированы, а их руководители активно руководят группой, ставя перед участниками конкретную цель и планируя каждое задание.

Измерение и оценка. Задачи группы тренинга умений обычно сводятся к решению двух основных проблем:

1) избыток чего-то (много курит, пьет много спиртного, несдержан, испытывает навязчивый страх);

2) недостаток чего-то (недостаток сна, контактов, уверенности в себе).

Эти проблемы и связанные с ними поведение и эмоциональные реакции могут оцениваться и измеряться в количественном отношении — в шкалах, баллах, физиологических показателях (частота пульса, дыхания, уровень насыщения крови кислородом и т. д.).

Техника занятий групп тренинга умений

Поведенческая терапия широко использует в работе групп тренинга умений методики, основанные на стимуле и реакции, поощрении и наказании. Все эти компоненты поведенческой терапии имеют свое количественное и качественное выражение. Поэтому бихевиористы ориентированы на объективизацию психических процессов, а результаты обучения жизненным умениям склонны оценивать конкретными показателями.

Бихевиористу мало сказать о боязни страха публичных выступлений — важно также определить качество, глубину и степень выраженности этого страха (тахикардия, аритмичность дыхания, снижение степени насыщения артериальной крови кислородом и т. д.). Мало констатировать, что страх публичного выступления в результате лечения уменьшился или исчез, — важно оценить эту динамику посредством объективных показателей.

373

В связи с этим Рудестам считает, что «в группе тренинга умений руководитель будет тратить столько же времени на структурирование группы и оценку ее результатов, сколько на фактическое проведение занятий» (Рудестам, 1990).

Техника тренинга умений многообразна и сложна, так же как многообразны и сложны методы воспитания и обучения. Выбор конкретных методик определяется поставленной целью (коррекция поведения, тренинг уверенности в себе, купирование фобий и т. д.) и теми методами, посредством которых эта цель достигается.

Среди различных видов групп тренинга умений в настоящее время наиболее распространены группы тренинга уверенности в себе. Поэтому ниже мы рассмотрим основные элементы техники тренинга умений на модели этой группы.

К ним относятся:

- оценка уверенности в себе;
- репетиция поведения;
- релаксационный тренинг;
- перестройка убеждений;
- «домашняя работа».

Оценка уверенности в себе. Оценка сильных и слабых сторон навыков уверенности в себе осуществляется с помощью различных опросников. Наиболее распространенным среди них является опросник Рейзаса, состоящий из 30 вопросов.

Быть уверенным в себе — значит уметь определить и выразить свое желание и потребности. Уверенное поведение, например, выражается в умении обратиться с просьбой к другому так, чтобы не обидеть его и не унизить себя или тактично ответить отказом на его просьбу. Такой просьбой, к примеру, может быть просьба о свидании или, наоборот, отказ на предложение встретиться. Компонентами уверенной просьбы или отказа могут быть не только слова, но и жесты, мимика, поза.

Уверенность в себе не означает нахальство, агрессивность. Агрессивность является попыткой удовлетворить свои потребности за счет другого и несовместима с чувством самоуважения. Уверенность в себе поощряется обществом, агрессивность порицается. Уверенность в себе ве-

374

дет к росту самоуважения; неуверенность сопровождается чувством тревоги и собственной вины.

Для того чтобы быть уверенным в себе, нужно знать свои права и быть уверенным, что в борьбе за эти права общество тебя поддержит.

Келли (Kelly, 1979) приводит перечень основных прав человека, которые поддерживают уверенность в себе:
• право быть одному;
• право быть независимым;
• право на успех;
• право быть выслушанным и принятым всерьез;
• право получать то, за что платишь (работаешь);
• право иметь права, например право вести себя в манере уверенного в себе человека;
• право отвечать отказом на просьбу, не чувствуя себя при этом беспричинно виноватым и эгоистичным;
• право просить то, чего хочешь;
• право делать ошибки и быть ответственным за них;
• право быть напористым.

Выделяют шесть типов утверждений, выражающих уверенность в себе:

1) простое, или базовое;
2) эмпатическое;
3) растущее;
4) конфронтирующее;
5) монологическое (от слова «монолог»);
6) убеждающее.

В свою очередь существуют методики и упражнения, обучающие различным типам утверждений, выражающих уверенность в себе. Эти методики лежат в основе работы группы тренинга уверенности в себе (Lange, Jakubowski, 1976).
Репетиция поведения. Методика представляет собой ролевое проигрывание жизненных ситуаций. Обычно оно начинается с несложных ситуаций, актуальных для большинства участников группы. Например, разговор с грубым продавцом, с механиком станции автосервиса, с официантом, выпивающей компанией «друзей», с бюрократом-чиновником. Постепенно группа переходит к проигрыванию более сложных ситуаций. Ролевые игры чем-то напоминают психодраму, однако отличаются от нее конечной целью. Напомним, что

375

конечной целью психодрамы, по Морено, являются инсайт и катарсис. Цель ролевой игры в группе тренинга умений — это выработка оптимального, основанного на уверенности в себе поведения в той или иной сложной ситуации.

Ключевыми компонентами методики репетиции поведения являются моделирование, инструктаж и подкрепление.

Моделирование — это формирование лучшего способа поведения каждого участника группы в конкретной разыгрываемой им ситуации.

Инструктаж — это вмешательство руководителя, который помогает участникам группы посредством советов, обратной связи, поддержки найти оптимальный выход из трудной ситуации.

Подкрепление — это поощрение или наказание, стимулирующее правильное поведение участников группы в разыгрываемой ситуации. Лучшей формой поощрения и наказания является одобрение или неодобрение той или иной формы поведения активного участника всей группой или ее руководителем.

Методика репетиции поведения может быть условно разделена на следующие этапы:
• постановка задачи, т. е. определение поведения, которое нуждается в коррекции и тренаже;
• инструктаж и обучение участников исполнению сцены запланированной ситуации;
• разыгрывание ситуации;
• моделирование желательного поведения;
• отработка оптимального поведения в течение всего занятия;
• получение обратной связи: поведение активных участников разыгрываемой сцены после занятий обсуждают остальные участники группы.

Релаксационный тренинг. Участников группы сначала обучают методу прогрессивной мышечной релаксации по Джекобсону. Метод может применяться самостоятельно для снятия эмоционального напряжения и тревоги, возникающих в сложной ситуации, но в группе тренинга уверенности в себе чаще применяется в сочетании с методом систематической десенсибилизации по Вольпе.

376

Участникам предлагают закрыть глаза и мысленно представить себе ситуацию, вызывающую у них страх и тревогу. Как только эмоциональное напряжение, вызванное представлением, достигает высокого предела, участникам предлагают прекратить мысленное представление и расслабиться. Расслабление обычно приносит успокоение.
Тренировку начинают с представления сцен, вызывающих легкое волнение, и заканчивают сценами, которые сопровождаются выраженным психическим дискомфортом, тревогой и страхом. Упражнение считается отработанным только в том случае, если участник при мысленном представлении всей иерархии психотравмирующих сцен не испытывает тревоги и волнений.
Вместо представления конкретных ситуаций участникам можно предложить набор слайдов, вызывающих у них фобии или другие отрицательные эмоциональные переживания. Чередуя показ слайда, вызывающего фобию или обсессию, с последующей релаксацией, можно добиться исчезновения болезненных явлений.
В настоящее время систематическая десенсибилизация в сочетании с прогрессирующей релаксацией широко используется для тренинга уверенности в себе при самых различных ситуациях, например при волнении перед публичным выступлением или экзаменом, при затруднении межличностных контактов, при сексуальных нарушениях и т. д.

Важным этапом релаксационного тренинга является перенос его из «лабораторных» условий группы в повседневную жизнь. Чувство тревоги, волнения, страха и их уменьшение при тренировке объективизируются такими физиологическими показателями, как частота пульса, дыхания, изменение температуры тела и т. п. Во многих группах применяется «шкала субъективной оценки дискомфорта» (СОД), которая используется с целью количественной оценки глубины эмоциональных переживаний. Цифре 100 этой шкалы соответствует наиболее выраженное состояние тревоги и страха, нулю — полное их отсутствие.

Перестройка убеждений. Начинается с «атак» на ортодоксальные установки и убеждения, которыми пациент

руководствуется в своей жизни, но которые являются для него иррациональными и ведут к психическому дискомфорту или неврозу (см. раздел *Рациональная психотерапия).*

Многие уверены, что настоящий человек должен быть всегда удачливым, деловым, а потому престижным в глазах близких ему людей.

Альберт Эллис (Ellis, 1962) утверждает, что подобные убеждения нередко могут стать разрушительными для личности, которая терпит неудачи в каком-то деле и в связи с этим не получает эмоциональной поддержки. Придерживаться иррациональной системы убеждений, как утверждает Эллис, — значит гарантировать себе жизнь, полную фрустрации и разочарований, так как у многих людей есть склонность при малейшей неудаче преувеличивать ее исходя из своих иррациональных убеждений.

Рационально-эмоциональная терапия (РЭТ), по Эллису, заключается в выявлении иррациональных убеждений, мешающих пациенту жить, и в замещении их рациональными, более адекватными убеждениями.

«Домашняя работа». Одной из проблем поведенческой терапии является проблема переноса полученных в группе новых поведенческих навыков в поседневную жизнь.

Участнику предлагают вести дневник, где бы он записывал ситуации, при решении которых испытывает затруднения. В дальнейшем эти ситуации могут проигрываться в группе. Кроме того, участник получает «домашнее задание», выполнить которое он может, только участвуя в какой-то конкретной ситуации, вызывающей у него страх или неуверенность в себе. К примеру, необходимо активно воспрепятствовать кому-то, кто пытается купить в магазине продукты вне очереди, и оставаться самому в этой ситуации спокойным, адекватным, но настойчивым. На следующем занятии этот участник должен рассказать в группе о своем поведении при выполнении «домашнего задания». Если задание, по мнению руководителя, выполнено неправильно, его нужно еще раз «проиграть» в группе, смоделировав перед этим оптимальный вариант ситуации.

Как уже говорилось, группы тренинга умений не ограничиваются тренингом уверенности в себе. Подобные

группы сейчас достаточно широко используются на Западе для тренинга и правильных отношений в семье, особенно с целью нормализации взаимоотношений родителей и детей, для контроля за эмоциями, для нормализации интимных отношений. Это направление имеет своих сторонников и у нас (Эйдемиллер, Юстицкий, 1990).

Накоплен опыт, свидетельствующий о том, что группы тренинга уверенности в себе способствуют осознанию и нормализации поведения и более адекватной самооценке личности.

Упражнение 1: «Умение вести разговор».

Группа делится на пары. На первом этапе занятия одному из участников пары разрешается задавать только «открытые* вопросы, позволяющие партнеру давать на них «открытые», развернутые ответы.

Пример. «Вы живете в общежитии института?» (закрытый вопрос). "Где вы живете..?" (открытый вопрос). «Я живу в общежитии института» (закрытый ответ). «Я живу почти в центре города, недалеко от филармонии и центрального универмага. Мы живом в комнате вдвоем с подругой, которая приехала из Новосибирска» (открытый ответ). Такой ответ несет в себе больше информации, чем предыдущий, и дает основание для дальнейшего развития разговора. Партнеры исполняют свои роли «спрашивающего» и «отвечающего» в течение 5—10 минут, а потом меняются ролями.

На втором этапе занятий один из участников группы начинает свободно рассказывать о себе или о любой ситуации, связанной с его личным опытом. Второй участник поддерживает разговор, демонстрируя свою заинтересованность в том, о чем рассказывает его собеседник. Через 10 минут участники меняются ролями.

В конце занятий нужно дать возможность парам поделиться своими трудностями при ведении разговора.

Упражнение 2: «Релаксационный тренинг».

Сядьте в кресло. Расслабьтесь. Закройте глаза. Несколько раз медленно и глубоко вдохните, фиксируя свое внимание на прохождении воздуха по дыхательным путям. Затем вытяните правую руку, крепко сожмите ее в кулак. Прочувствуйте напряжение мышц. Разожмите кулак. Ощутите расслабление мышц. Снова сожмите кулак и изучите напряжение. Через 5—10 секунд разожмите кулак и изучите расслабленность, тепло, чувство комфорта. Сосредоточивайтесь только на мышцах, которые напрягаете и расслабляете. Старайтесь в это время не напрягать другие группы мышц. Такие упражнения в виде циклов напряжение — расслабление проделайте на других группах мышц (плечи, шея, рот, глаза, лоб, ноги, живот и др.). Далее попробуйте расслаблять все тело. Прочувствуйте, как расслабленность «течет» от лица, рук через плечи, грудь, живот к ногам. Изучите связанное с общей расслабленностью состояние успокоенности и чувство психического комфорта. После этого медленно сосчитайте от 10 до 1, мысленно дав себе перед этим задание, что после окончания счета вы снова будете бодрым и собранным. Упражнение можно отрабатывать не только в группе, но и дома.

Упражнение 3: « Репетиция поведения».

Представьте себе ситуацию, в которой вы играете активную роль. Кратко запишите ситуацию на листе бумаги. Ситуация должна включать в себя просьбы и отказы, критику и реакцию на нее и т. п. Примером может послужить ситуация приглашения выпить «за успех дела, за друзей», в то время когда вам не хочется (или нельзя) пить спиртное. Выберите себе партнера (или партнеров) по разыгрыванию ситуации. Объясните ему сценарий, его роль и попробуйте сконструировать саму ситуацию в таком виде, который считаете оптимальным. Теперь проиграйте ситуацию. Вначале выскажите партнеру свои просьбы, претензии, критику и т. д,, затем выслушайте его. Получите обратную связь с группой. Постарайтесь после этого улучшить конструкцию ситуации, «сделав» свое поведение более правильным. Поменяйте партнера или поменяйтесь с партнером ролями.

Обсудите свое поведение и поведение партнера со всей группой.

ТРАНСАКЦИОННЫЙ АНАЛИЗ

ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Трансакционный анализ в узком понимании этих слов — это анализ взаимодействия двух или более людей; в более широком смысле — социально ориентированный психотерапевтический метод, конечной целью которого является формирование гармоничной, социально адаптированной личности.
Создателем трансакционного анализа по праву считают американского психиатра и психолога Эрика Берна. Он не только создал этот метод, но подробно изложил его в своих многочисленных книгах («Игры, в которые играют люди (психология человеческих взаимоотношений)»:
Пер. с англ. М., 1988; «Трансакционный анализ и психотерапия»: Пер. с англ. СПб. 1992, и др.).

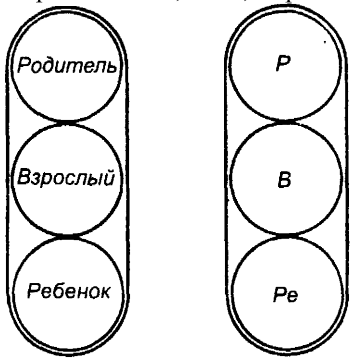


рис. 13. структурная диа -грамма (объяснение в тексте)

Большое влияние на создание метода оказали работы Альфреда Адлера, который заложил основы социальной психологии и психиатрии. Его определение личности как комплекса интерперсональных отношений дало основание Берну для создания оригинального психотерапевтического метода, который по своей сути является методом социального переучивания, а поэтому показан прежде всего при лечении лиц с нарушением социальной адаптации (психопатии, алкоголизм, девиантное поведение у подростков и др.).
Берн выделил три состояния личности, обозначив их как Родитель (Р), Взрослый (В) и Ребенок (Ре) (рис. 13). Структура личности по Берну отличается от структуры личности по Фрейду (Сверх-Я, Я, Оно), а тем более — от структуры личности- по Юнгу, так как лишена комплексов, вытесненных в бессоз-

нательное. Подчеркивая это важное различие, Берн писал, что «Родитель, Взрослый и Ребенок — это не то же самое, что Сверх-Я, Я, Это или концептуальные построения Юнга, а феноменологические реальности».*
Созданный Берном метод делится на несколько этапов: 1) структурный анализ; 2) Трансакционный анализ; 3) анализ игр; 4) анализ сценариев.

СТРУКТУРНЫЙ АНАЛИЗ

Родитель (Р) по Берну — это собрание догм и постулатов, которые он воспринимает в детском возрасте и которые сохраняет потом в течение всей жизни. Это комплекс убеждений, нравственных норм, предрассудков, получаемых в наследство от предков. Это диктующая и повелевающая часть личности. Ее предназначение неоднозначно. С одной стороны, она выполняет важнейшие жизненные функции, в том числе воспитание детей, что обеспечивает выживание человеческого рода. Кроме того, она обеспечивает автоматизм жизненных реакций, когда человек поступает определенным образом в определенной ситуации только потому, что «так принято», освобождая массу времени на решение более сложных жизненных проблем. С другой стороны, это наиболее косная, ригидная часть человеческого *Я,* остающаяся всегда вне Зоны критики. Ей могут быть свойственны и достойные постулаты («Защищать Родину от врага — святое дело»; «Предавать — подло» и т. п.), и самые нелепые, постыдные предрассудки и убеждения, передаваемые из поколения в поколение («Главное в жизни — вкусно есть и мягко спать»; «Деньги не пахнут» и т. п.). При активизации в личности родительского состояния *Я* человек думает, реагирует и оценивает окружающий мир так же, как делали это его родители, когда он был ребенком. И даже тогда, когда Родитель в человеке якобы молчит, он все-таки влияет на его поведение, выполняя функцию совести.

Ребенок (Ре) живет в человеке вею его жизнь и проявляется даже у стариков, когда те мыслят, чувствуют, реагируют на окружающее точно так же, как делали это

* Э. Берн. «Трансакционный анализ и психотерапия»: Пер. с англ. СПб. 1992, с. 16.

в детстве. Это очень ценная часть человеческой личности, наиболее импульсивная и искренняя. Не следует считать ее незрелой. Без нее личность теряет всю прелесть неожиданности, теплоты, непосредственности, превращается в живого

робота. Нельзя строго судить седого профессора, когда тот после лекции, проходя по двору, вдруг, хитровато оглянувшись и убедившись, что его никто не видит, прыгает и срывает высоко растущий лист с дерева.
Взрослое состояние Я (В) также не имеет отношения к возрасту человека. Это способность личности хранить, использовать и перерабатывать информацию на основе предыдущего опыта. Это умение быть независимым от «непоколебимых» предубеждений Родителей и архаических порывов Ребенка. Это способность находить компромиссы и альтернативные варианты в жизненных тупиках, которые порой кажутся безвыходными.
Пример: Заведующий лечебным отделением, умница и профессионал высшей категории, слушает выступление главврача больницы, хорошо известного беспросветной ограниченностью, рутинностью мышления, мстительностью и полной неспособностью воспринимать мнения, отличающиеся от его руководящих представлений о действительности.
Проследим за внутренними монологами заведующего отделением:

— Сколько можно выслушивать бред этого идиота?! Сейчас встану и скажу все, что я о нем думаю. (Ребенок)

— Ну и что? Прошибешь лбом стену? Все равно ничего изменить не сможешь. Только наживешь себе врага и обеспечишь бессонницу. Сиди и молчи. Молчание — золото. (Родитель)

— Но ведь он сейчас загубит все сделанное отделением за год и сорвет план дальнейших работ! (Взрослый)

В итоге заведующий отделением на трибуне. Подчеркнутое спокойствие интонации и доброжелательность в голосе.

— Уважаемый Иван Васильевич абсолютно прав по следующим позициям (1, 2, 3...). Мне хотелось бы напомнить, что в прошлом году Иван Васильевич выдвигал несколько прекрасных предложений (1, 2, 3...). (Предложения должны быть изложены доступно для интеллекта главврача). Думаю, что, взяв за основу нашей работы эти неординарные предложения, мы получим хорошие ре-

383

зультаты, и вся клиника, которой руководит уважаемый Иван Васильевич, получит должную оценку общественности и Минздрава.
В результате главный врач, совершенно убежденный, что именно он выдвигал эти прекрасные идеи, только в данный момент их несколько запамятовал, скромно кивает головой и полностью поддерживает своего подчиненного.
Цель структурного анализа заключается главным образом в том, чтобы дать ответы на вопросы: Кто я? Почему поступаю именно так? Какая часть моего *Я* действует (или должна действовать) в данной ситуации, чтобы принести пользу, а не поражение?

АНАЛИЗ ТРАНСАКЦИЙ

Как уже упоминалось, трансакция — это взаимодействие двух или более людей. Она начинается с *трансакционного стимула* — того или иного знака, свидетельствующего о том, что присутствие (или действие) одного человека воспринято другим. Человек, к которому обращен стимул, отвечает каким-то действием — *трансакционной реакцией.* Это может быть улыбка, нахмуренное лицо, отведенные в сторону глаза и т. д. Люди, как правило, чутко улавливают трансакционные стимулы. Когда, например, в трамвае кто-то предупредительно отодвигается, чтобы уступить вам место, понятно, что ваше присутствие замечено. Вы садитесь, и возможны последующие трансакции: короткие реплики, доброжелательная беседа...
Каждый знаком и с противоположной ситуацией, когда попытка пройти к выходу в тесном вагоне наталкивается на угрюмую неподвижность окружающих, а то и на реплику: «Куда прешься, как...» Разумеется, дальнейшая трансакция будет затруднительна, а если и возникнет, то в отрицательном, недоброжелательном плане.
Все трансакции делятся на *дополнительные, перекрестные* и *скрытые.* Цель анализа трансакций — научить пациента различать, какого рода трансакция имеет место, какое состояние *Я* ответственно за трансакционный стимул и какое состояние *Я* партнера откликнулось действием.

384

Самыми зрелыми и здоровыми являются *дополнительные трансакции,* когда стимул, посланный человеком, встречает адекватную, естественную в данной ситуации реакцию.

Например, два человека взаимодействуют как Родитель — Родитель. Муж: «Давай отдадим сына в спортивную секцию». Жена: «Давай, но возить его будем по очереди» (рис. 14). Это может быть взаимодействие Ребенок — Родитель, когда жена нуждается в сочувствии и понимании со стороны мужа и получает их. Жена: «И кто это придумал есть три раза в сутки! Носишься с сумками по магазинам, а остальное время торчишь у плиты». Муж:
«Ты права, полдня у плиты — с ума сойдешь. Полежи, почитай, а я что-нибудь придумаю. С голоду не умрем» (рис. 15).

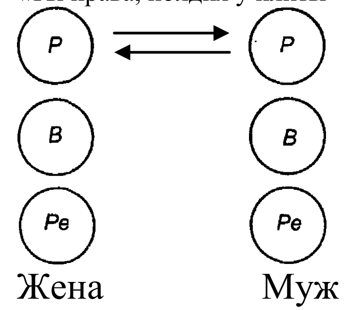
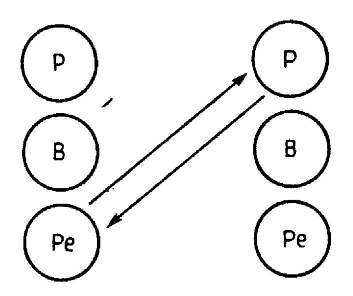


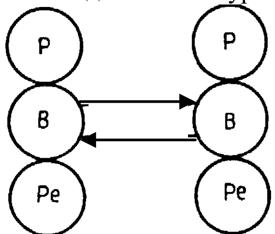
Рис. 14. Дополнительные трансакции (объяснение в тексте)



Жена Муж

Рис. 15. Дополнительные трансакции (объяснение в тексте)

Взаимодействия на уровне Взрослый - Взрослый благоприятны в рабочей обстановке.



Руководитель Подчиненный

Рис. 16. Дополнительные трансакции (объяснение в тексте)

Руководитель: «Я прошу Вас (вместо «приказываю») подготовить статистические данные к утру, чтобы я смог подготовиться к докладу».

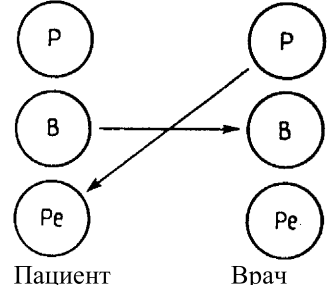
Подчиненный: «Хорошо, я возьму этот материал домой и вечером поработаю» (рис. 16). Основная особенность дополнительных трансакций в том, что векторы взаимодействия параллельны, а следо-

385

вательно, никогда не пересекаются. Это правило не зависит ни от природы трансакций, ни от их содержания. Пока трансакции будут сохранять дополнительный характер, правило будет выполняться независимо от того, заняты ли ее участники обсуждением домашних дел (Родитель — Родитель), решают ли реальную проблему на производстве (Взрослый — Взрослый) или просто играют вместе (Ребенок — Ребенок).

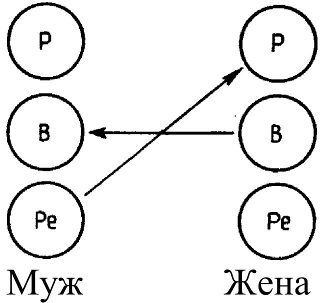
При дополнительных (параллельных) трансакциях человеческие коммуникации открыты, отношения искренни и плодотворны. При этом невербальное общение (взгляды, жесты, интонация) не противоречит смыслу произносимых слов.

Пересекающиеся трансакции возникают, когда на определенный стимул следует неадекватная реакция. В качестве примера приведем опять ту же беседу мужа и жены, но уже не с параллельными, а с пересекающимися трансакциями. Муж: «Давай отдадим сына в спортивную секцию». Жена: «Мне еще этих хлопот не хватало! А кто возить его будет через весь город?» (рис. 17).



Пациент Врач

Рис. 17. Пересекающиеся транзакции (объяснение в тексте)



Муж Жена

Рис. 18. Пересекающиеся трансакции (объяснение в тексте)

В пересекающихся трансакциях активизируется непреодолимое в данный момент состояние *Я* второго участника. Эти трансакции — постоянный источник семейных, служебных и бытовых конфликтов. Очень часто пересекающиеся трансакции возникают у пациентов и бездарных врачей, когда пациент обращается к врачу как Взрослый к Взрослому с

конструктивными предложениями и разумными замечаниями, а получает поверхностный, авторитарный ответ Родителя Ребенку. Трансакци-

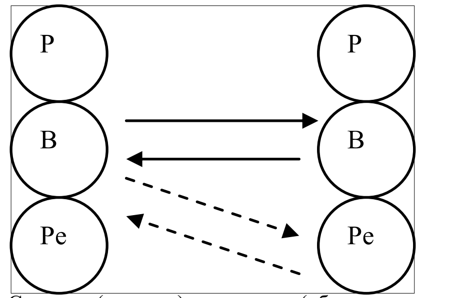


Рис. 19. Скрытые (угловые) трансакции (объяснение в тексте)

пересекаются и дальнейшее взаимодействие этих двух личностей обречено на провал (рис. 18).

В ходе анализа трансакций недостаточно только констатировать факт пересечения векторов. Необходимо еще выяснить, какая часть личности неожиданно активизировалась и разрушила взаимодействие. Например, если второй участник транс акции на обращение Взрослого к его Взрослому реагирует Детским состоянием Я, то следует отложить решение проблемы до тех пор, пока векторы не будут приведены в такое состояние, при котором дальнейшие трансакции могут стать параллельными. Это можно сделать, либо став Родителем и дополняя проснувшегося в собеседнике Ребенка, либо активизировав в собеседнике Взрослого. Самому пациенту проанализировать трансакции трудно, поэтому сделать это лучше с помощью психотерапевта.

Кроме простейших трансакций, какими являются дополнительные и пересекающиеся, существуют *двухуровневые трансакции — угловые* и *двойные,* при которых один уровень видимый — то, что произносится (Берн называет его *социальным),* а второй — *скрытый,* или *психологический, —* то, что имеется в виду (подтекст). При угловой трансакции стимул направлен, к примеру, от Взрослого к Взрослому, а ответная реакция — от Ребенка к Взрослому или от Ребенка к Ребенку.

Скрытыми трансакциями часто пользуются дипломаты, влюбленные....

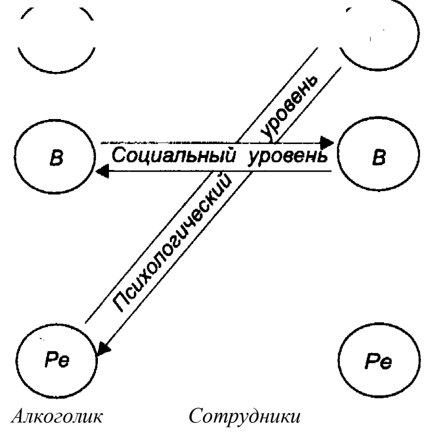
Он: «Не хотите ли зайти ко мне на полчаса посмотреть мою библиотеку? Выберете что-нибудь почитать».

Она: «У меня как раз пара часов свободных. Я так люблю интересные книги».

На социальном уровне происходит разговор между взрослыми о книгах, в то время как на психологическом уровне — это разговор Ребенка со Взрослым, и его содержание — сексуальные взаимоотношения. Анализируя

подобные игры, Берн пишет: «На поверхности инициатива принадлежит Взрослому, но исход большинства подобных игр предопределяет Ребенок, так что участников игры может ждать сюрприз» (рис. 19).

Типичные скрытые трансакции часто возникают в жизни алкоголиков. Прийдя утром с похмелья, он сообщает окружающим: «Ох, и врезал я вчера. Голова раскалывается». Сотрудник: «У каждого бывает» (рис. 20).



Алкоголик *Сотрудники*

Рис. 20. Скрытые трансакции (объяснение в тексте)

Видимая трансакция Взрослый — Взрослый. На самом деле трансакция гораздо глубже. Детское состояние *Я* алкоголика ищет снисхождения у Родительского состояния *Я* собеседников. Как правило, он и получает в ответ доброжелательный смешок и снисходительную реплику. Кто-то может, рассмеявшись, сказать: «Да, ты человек пропащий».

Этот смех над чужим несчастьем, так часто встречающийся в жизни, Клауд Штейнер называет «трансакцией виселицы».

АНАЛИЗ ИГР, СЦЕНАРИЕВ И РОЛЕЙ

Психологические игры — наиболее частая форма общественных взаимодействий, состоящих из скрытых трансакций с предсказуемым исходом. Игры имеют три обязательных признака: 1) скрытые мотивы, с помощью которых можно манипулировать партнером по игре; 2) благовидность трансакций в социальном плане;
3) выигрыш — «купоны», являющиеся целью игры. Психологические игры препятствуют честным и искренним отношениям между людьми. Однако люди играют в них, поскольку игры возбуждают внимание, позволяют создавать и поддерживать некий образ в глазах окружающих и, наконец, содержат долгосрочную (или кратко

388

срочную) цель — получение выигрыша. Выигрыш необходим для поддержания психического и соматического равновесия, для снятия напряжения, ухода от психологически трудных ситуаций, сохранения привычного статуса (даже если он жалкий и убогий), получения ожидаемых поощрений.

Понятие «выигрыш» в трансакционном анализе часто в корне отлично от принятого в быту. Выигрышем может быть и очередной, но ожидаемый «втык» от начальства за плохую работу и расхлябанность, и грандиозный семейный скандал, которому предшествовали подготовительные, «целенаправленные» трансакции, и саморазрушительные финалы деструктивных игр — белая горячка и даже самоубийство.., и все ради того, чтобы «заработать» очередной выигрышный купон в игре: «Мне в жизни не везет».

Есть выигрыш сильных: «Я был уверен в успехе дела»;

«Должность, которую я получил, как будто создана для меня»; «Мне в жены нужна была именно такая женщина».

Выигрыши могут быть как этапами, так и финалами игр. Игры, затянувшиеся на многие годы, превращаются в судьбу... Все важные социальные контакты протекают именно как игры. Легкое и ни к чему не обязывающее название «игра» на самом деле подразумевает самые разноплановые отношения между людьми. Игры, в которые играют люди, имеют широчайший диапазон:

от невинных ежечасных игр по мелочам до зловещих и трагических, какими являются войны. Есть множество деструктивных игр, несущих в себе распад и уничтожение. Игры алкоголиков, в которых заложено саморазрушение. Игры убийц, где выигрышем является убийство другого человека. Деструктивные семейные игры, продолжающиеся годами и нередко приводящие к распаду семьи. Игры политиков, когда за социально благовидными целями всенародного блага скрывается выигрыш в виде власти и сопутствующего ей собственного благополучия.

Есть, однако, форма трансакций, которая не может быть названа игрой. Это искренность. Искренность — один из самых глубоких уровней человеческих отношений. Она лишена потребности в получении выигрыша и

389

возникает в редкие моменты полного бескорыстия, нежности, понимания, близости. Истинная искренность, к сожалению, встречается очень редко, поэтому Берн не отводит ей места в трансакционном анализе.

Для того чтобы анализ игр и последний раздел трансакционного анализа — анализ сценария, были понятными, необходимо ввести еще несколько определений.

По представлению о себе, о жизни, по способам реализации своей жизни всех людей можно разделить на *Выигрывающих* и *Проигрывающих.* Под термином Выигрывающий не следует понимать человека, который заставляет кого-то проигрывать. Выигрывающий — это человек, способный быть аутентичным (достоверным). Он сознательно разрешает себе быть личностью, реализует свою неповторимую индивидуальность и, не боясь быть независимым, принимает на себя ответственность за собственную судьбу. Аутентичная личность отвергает жизнь в иллюзорном мире представлений о том, какой она могла бы быть, *если бы не...*Выигрывающий в представлениях о себе исходит из существующих реалий, правильно учитывая собственные достоинства и собственные недостатки. Аутентичный человек не предъявляет претензий к другим людям, не пытается манипулировать ими. Он умеет оставаться самим собой, не стремясь создать приятный, вызывающий или соблазнительный образ, не соответствующий действительности. Выигрывающий не разыгрывает из себя беспомощного и не играет в обвинителя.

Он адекватно реагирует на события, правильно использует свои способности и свое время, не позволяя себе жить ни розовым будущим, ни безмятежным прошлым. При этом он не сбрасывает со счетов свое прошлое и не пренебрегает планами на будущее. Аутентичная личность живет и действует по принципу *здесь и теперь,* делая своевременные выводы после неизбежных для каждого человека промахов и падений. Выигрывающий свободен от догм и ложных авторитетов, поскольку сам для себя достаточно авторитетен. Он умеет быть искренним и непосредственным, получая удовольствие от работы, природы, еды, секса. Это полнокровные и жизнеспособные люди, которые не ограничиваются только собственными интересами. Состояние общества, положение страдающих

390

и слабых для Выигрывающих часто более важны, чем собственная жизнь. Можно быть Выигрывающим на тюремных нарах и Проигрывающим в президентском дворце.

Проигрывающие, даже преуспевая в жизни, часто говорят о себе как о тревожных, несчастных. Проигрывающие — это безвольные, вечно страдающие, измученные и мучающие других. Они не способны к какой-либо страсти и поэтому нестерпимо скучны. Проигрывающие не умеют жить настоящим. Нескончаемая ностальгия по прошлому, мечты о будущем чуде или волшебном спасении лишают их возможности воспользоваться шансами сегодняшнего дня. Их представления о мире искажены, наполнены непрерывной тревогой, подозрительностью, плохими предчувствиями и претензиями к людям. Почти вся их энергия уходит на сохранение ролей и масок, на сохранение *status quo,* поскольку продуктивная реализация собственного жизненного пути для них невозможна. Избегая искренних и откровенных отношений. Проигрывающие пытаются манипулировать людьми, накапливая выигрышные купоны. Проигрывающий не способен быть аутентичным и проживает жизнь, являясь кем-то другим, но не самим собой.

Формирование Выигрывающих и Проигрывающих начинается в раннем детстве, когда от полной зависимости ребенок (подросток) пытается перейти к полной независимости, а затем, по мере получения жизненных уроков, с приобретением зрелости — к независимости.

Каким вырастет человек — Выигрывающим или Проигрывающим, во многом определят его детство, система воспитания, окружающие люди. Сенсорный голод грудного младенца, которого целыми днями не берут на руки, недостаток общения, жестокое или пренебрежительное отношение, чувство, что он лишний в семье, точно так же, как и гиперопека, словом, все, что формирует у ребенка необходимость манипулировать людьми, чтобы выжить, превращают в конечном итоге технику манипулирования в стереотип поведения, а в дальнейшем — в образ жизни.

«Игры, — пишет Берн, — можно считать частью более широких и сложных трансакционных ансамблей, называемых сценариями». **Сценарий** — это жизненный план личности, драма, чаще всего неосознанная, но, как пра-

вило, имеющая четкие закономерности сценической драмы: завязку, действие, кульминацию и финал. Сценарий запускается в раннем детстве через трансакции между родителями и ребенком. Семья — это институт, живущий по своим четким установкам, в котором родители передают детям свои представления о жизни, свои жизненные критерии и свой жизненный сценарий. Это могут быть сценарии Неудачников и Победителей, ловчил и безукоризненно честных, хитрецов и простофиль. С детства закладываются и роли, которые в дальнейшем исполняет Ребенок, а потом уже Зрелая Личность в своем жизненном сценарии.

«Поздоровайся с гостями. Прочти им стишок». Дальше возможна роль: «Вот какой замечательный!»

«Она у нас, знаете ли, такая грязнуля...» Возможно пожизненное исполнение роли «Замученная домохозяйка».

«Сколько можно тебе объяснять, тупица». Возможна игра «Что вы от меня, дурачка, хотите?» Манипуляторская деятельность будет направлена на поддержание роли дурачка и использование покровителей. Выигрыш — довольно беззаботная жизнь человека, с которого взять нечего.

Предписание — это программа, по которой человек стремится к цели. Закладывается, как правило, в детстве родителями, учителями. Это ответы на вопросы: «Кто ты?»; «На что способен?»; «Каким должен быть?»; «Как этого достичь?»

«Этот парень в жизни не пропадет!» Предписание двояко: 1) будет добиваться своего любыми средствами: взятками, хитростью, нахальством; 2) будет исполнять свой жизненный сценарий, опираясь на самые достойные качества личности: трудолюбие, упорство, честность. Все зависит от родительского образа, давшего воспитание.

Берн утверждает, что предписания усваиваются от родителя противоположного пола, а способ исполнения, образ жизни — от родителя того же пола.

«У этой малышки хороший слух. Она будет певицей». Вполне возможно, что программируется неудачница. Впоследствии, когда выяснится, что ни о какой певческой карьере не может быть и речи из-за полного отсутствия голоса, возможна роль в сценарии «Если бы не...»: «Если

бы я не вышла за тебя замуж»; «Если бы в консерваторию не брали только по блату и за деньги» и т. п. Сценарий «Если бы не...» имеет нескончаемое количество вариантов.

Очень часто профессиональные предписания выполняются неукоснительно: «В нашем роду все пахали землю»; «Она создана быть врачом». Предписания могут касаться семейного уклада и отношения к жизненным ценностям: «У нас никогда не выносили сор из избы»; «В нашей семье не разводятся»; «Были бы деньги, а любовь придет».

Существуют предписания-заклятия: «Чтоб ты провалился!» Если эта фраза повторяется довольно часто, то предписание может иметь фатальный характер: предписывается жизнь человека с деструктивным поведением (алкоголик, самоубийца, убийца и пр.).

«Ну что ты за уродина!» Девочка, которой часто повторяют это в детстве, при самых благоприятных физических данных не сможет стать привлекательной женщиной.

Ребенок формируется на основании того, как живут родители, что он видит, что он слышит. Когда ребенок слышит на каждом шагу: «Мал еще со старшими спорить», он усваивает: «Лучше не спорить, а делать, что говорят». Если ребенок постоянно слышит: «Как тебе не стыдно?», то закладывается чувство постоянной вины, неуверенности в себе.

Деструктивные предписания усваиваются в детском возрасте как непреложные истины, и потому личность, имеющая сценарий с проклятием, похожа на царевну-лягушку, обреченную судьбой на самое жалкое существование. Проявлениями такой «заколдованности» могут быть «истины»: «Я родился неудачником»; «Такая моя судьба»; «Мне ни в чем и никогда не везет».

Такой «заколдованной» личности необходим «расколдователь», волшебник, снимающий проклятия. Берн определяет этот лечебный прием как *разрешение.* Одно из самых важных разрешений — разрешение думать самому.

В детстве формируется еще одна очень важная часть мировосприятия — *излюбленное чувство.* Это доминирующая или, как говорил Берн, *основная эмоция,* которая, как условный рефлекс, может сохраниться на всю жизнь. После нескольких лет экспериментов, когда ребенок

«пробует» различные эмоции: радость, вину, испуг, обиду, недоумение и т. д., он отбирает те, которые в его семье используются особенно часто. Разыгрывая в психотерапевтической группе, к примеру, ситуацию склоки на общей кухне коммунальной квартиры, несложно выявить излюбленное чувство по высказываниям пациентов: «В нашей семье, естественно, разозлились»; «Мы не спускаемся до уровня кухонных склок»; «Конечно, были в чем-то сами виноваты, наверное, надо было с ними объединиться». Характерно, что до занятий в группе каждый из пациентов был уверен, что реагирует на ситуацию единственно возможной эмоцией. И только продемонстрировав разные способы реагирования на одну и ту же ситуацию, когда «злые» разозлятся, «обидчивые» обидятся, «склонные к самообвинению» обвинят себя, а «всегда правые» обвинят других и т. д., у психотерапевта появляется возможность показать пациенту, что его способ реагирования не «единственно возможный», а в нем доминирует излюбленная эмоция, которую он использует в большинстве случаев жизни.

Каждый знает людей вечно раздраженных, вечно угрюмых, вечно придирчивых, вечно веселых, вечно ноющих, вечно неуверенных, вечно довольных и т. д. Напрашивается мысль о психопатиях и акцентуациях характера. Поэтому психотерапевт должен хорошо ориентироваться в этой области психиатрии. Свойство пользоваться излюбленной эмоцией Берн называет *трансакционным рэкетом.* Валюта трансакционного рэкета — *психологические купоны.*

Психологические купоны — это архаические чувства, собираемые детским состоянием *Я* для манипулирования другими и получения выигрыша.

Ребенок, любимым чувством которого было чувство неполноценности, может всю жизнь собирать именно это чувство, или *серые купоны^* выбирая себе в партнеры для игр, а в дальнейшем — в партнеры по совместным делам людей, которые согласны с этой его установкой и которые не будут предъявлять серьезных требований. Люди, которые в детстве на пренебрежительное к ним отношение и обиды отвечали депрессивной реакцией, впоследствии всю жизнь будут собирать *голубые купоны* депрессии. Есть коллекционеры *красных купонов* (чувство гнева,

неприязни), *коричневых купонов* (повышенная раздражительность, подозрительность, склонность к ипохондрическим образованиям), *золотых купонов* (радость, доброжелательность, искренность).

За собиранием купонов неизменно следует расплата. Человек, собирающий золотые купоны, как правило, ощущает себя в жизни Выигрывающим. В то же время коллекционер голубых купонов, получив последний купон, часто совсем незначительный по сравнению с накопленным капиталом бед и несчастий, кончает жизнь самоубийством. Владелец коричневых купонов проводит жизнь в тусклом одиночестве и прозябании. Он даже самый искренний комплимент из-за повышенной подозрительности может превратить в намеренное оскорбление. Собиратели *белых купонов* безгрешности тиранят себя своим недостаточным совершенством...

Задача психотерапевта в этих случаях заключается не только в том, чтобы заставить пациента прекратить или изменить игру, но и в том, чтобы отказаться от удовольствия использовать ранее накопленные купоны. Важно, чтобы пациент не просто «простил» все полученные обиды, но полностью отказался от них в новой жизни, если он действительно намерен начать ее всерьез. «Прощение» означает лишь консервирование купонов на определенный срок до того момента, когда новая неприятность заставит его раскупорить тару с купонами и использовать их с новой силой.

Так часто бывает с больными алкоголизмом, которые после длительной ремиссии («закодировался!») получают долгожданный маленький купон обиды или разочарования и, присоединив его к спрятанному капиталу купонов, пускаются в загулы, нередко оканчивающиеся наркологическим стационаром.

Итак, получив «набор» *информации* (переживания), приняв *решение* и, заняв определенные психологические *позиции,* личность готова к исполнению своего жизненного сценария. Но для полноценной жизненной драмы необходимы другие участники, которыми личность могла бы манипулировать.

В качестве примера можно привести довольно распространенный и нестареющий сценарий «Алкоголик». В этом сценарии три действующих лица: Жертва (пациент),

Преследователь (жена) и Спаситель (нарколог или участковый милиционер). В ходе драмы Жертва и Преследователь постоянно меняются ролями.

Итак, вечером Преследователь (пьяный муж) устраивает в семье скандал: «Всех разгоню! Я — глава семьи! Меня все уважают, а ты (жена) меня не понимаешь!» Жена (Жертва) все сносит молча, по опыту зная, что с пьяным мужем разговаривать бесполезно. Она помогает мужу раздеться и укладывает его спать. Утром муж и жена меняются ролями. Жена: «Ты загубил мою жизнь! Ты беспробудный алкоголик! Я от тебя ухожу!» При этом она плачет и собирает в чемодан свои вещи. Муж, страдающий с похмелья, смотрит виноватыми глазами, кается, дает обещание больше не пить. «Я и вчера не хотел пить, вышло случайно, встретил друга, которого не видел несколько лет». Вечером все повторяется снова.

Роль Спасителя отводится наркологу или участковому милиционеру, но иногда милиционеру, например, надоедает спасать алкоголика только увещеваниями и он прибегает к более суровым мерам. В этом случае роль Спасителя меняется на роль Преследователя. Такие деструктивные игры нередко приводят к развалу семьи, но могут длиться и многие годы.

Анализ сценария содержит множество разделов, часть которых лишь конспективно изложена в этой главе. Это трудоемкий процесс, который включает в себя изучение жизни родителей и прародителей, исследование сценарной матрицы — диаграммы предписаний, переданных пациенту от предков, анализ культурного наследования, основных масок, любимых чувств, собираемых купонов и множество других компонентов.

Главными задачами трансакционного аналитика являются реконструкция и создание автономной личности, способной разбираться в компонентах своего *Я* и расстаться с деструктивными сценариями личности, имеющей мужество выйти из-под власти предрассудков и ложных авторитетов, отказаться от игр и манипулирования людьми. Цель трансакционного анализа — сформировать у пациента Взрослую этическую позицию, научить его стать Выигрывающим, ответственным за себя, за всех и за все.

Часть 3

ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОЙ БЕСЕДЫ В ДЕТСКОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Установление контакта с пациентом — один из важнейших этапов работы психотерапевта. Поздоровавшись с пациентом, следует спросить, как его зовут, и представиться. Важно запоминать (и не путать!) имена пациентов. «Помните, что имя человека — это самый сладостный и самый важный для него звук в любом языке» (Д. Карнеги, 1990). Отметьте для себя, как пациент входит, на каком расстоянии от Вас садится (это его «личная дистанция» по отношению к Вам, которая может укорачиваться и удлиняться в ходе терапии). В процессе психотерапии важное значение имеет «подстройка» к тону, громкости и, конечно, темпу речи (отражающему скорость протекания ассоциативных процессов пациента) (Ch. Citrenbaum, M. King, W. Cohen, 1985).

Целесообразно бывает вычленить специфические эсо-бенности речи (жаргонизмы, профессиональные обороты, неологизмы) и уяснить для себя их значение. Например, если подросток заявляет: «Вчера завалили мы на флэт (в

квартиру) и колес наглотались», ясно, что речь идет отнюдь не о велосипедных колесах, а скорее всего о таблетках психотропного препарата. В процессе беседы можно «возвращать» пациенту отдельные «особенные» слова и фразы (Г. Каплан, В. Сэдок, 1991) — этим подкрепляется восприятие психотерапевта как внимательного и «понимающего» слушателя. Но пере-

397

гружать свою речь «жаргонизмами», особенно в беседе с асоциальными подростками, не стоит: принадлежа к иной субкультуре, психотерапевт вряд ли постигнет все «тонкости» постоянно меняющегося «блатного жаргона», а разговор на ломаном либо устаревшем жаргоне настораживает подобных лиц.

Ни в коем случае не следует «копировать» патологические особенности речи пациентов (заикание, дефекты звукопроизношения), навязчивые движения: многие из этих людей имеют психотравмирующий опыт «передразнивания» их окружающими и именно в этом ключе воспринимают подобную «подстройку».

Клиническая беседа обычно начинается с так называемого «открытого вопроса» (например: «Что привело Вас/тебя сюда?») — этим мы избегаем преждевременного установления рамок беседы. Но у детей ответом на подобный вопрос может быть удивленный взгляд, пожимание плечами. Только ребенок побойчее скажет что-нибудь типа: «Моя мама привела меня сюда, чтобы Вы со мной поговорили!». В детском возрасте невербальный компонент общения преобладает над вербальным. Лучшими способами «подстройки» к ребенку будут совместная игра, рисование (особенно полезны проективные рисуночные тесты).

В случаях «недобровольного» обращения (под давлением родителей и других членов семьи, администрации, в ситуации судебной психолого-психиатрической экспертизы и т. п.) можно столкнуться с негативным отношением к беседе, особенно у подростков (А. Е. Личко, 1983). «Беспроигрышных» способов установления контакта в этих случаях не существует. Часто помогает такой прием: в ответ на реплику подростка : «У Вас и так все обо мне написано!» можно ответить: «Да, кое-что мне сообщили, но мне хотелось бы услышать об этом непосредственно от тебя» (или от «Вас», так как некоторые старшие подростки предпочитают такой стиль обращения, как бы подчеркивающий их «взрослость»). В отличие от следователя для психотерапевта важны не столько «протокольные подробности», сколько характерная для пациента манера рассказывать. Даже заведомая ложь пациента может быть полезна для выявления его личностных особенностей.

398

Нецелесообразно уличать пациента во лжи, противоречиях, непоследовательности, пытаться «с ходу» изменить его убеждения, какими бы странными они нам ни казались. В отношении же бредовых идей следует помнить пословицу, гласящую, что «и **100** мудрецов не переубедят безумного».

Продолжительность первой (диагностической) беседы составляет в среднем 40—50 мин (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1991).

Для психотерапевта важно четко структурировать свое рабочее время: ведь затянувшаяся до 3—4 часов клиническая беседа с одним словоохотливым пациентом приведет к срыву всего графика работы и бесцельному ожиданию остальных пациентов, которые могут уйти с чувством обиды и разочарования.

Поэтому за 5—10 мин до окончания консультации можно сказать пациенту: «К сожалению, время нашей сегодняшней беседы подходит к концу. Но, может быть, у Вас остались ко мне вопросы?» или «Проблема, затронутая в ходе нашей беседы, очень сложна. Для того чтобы полностью в ней разобраться, нам потребуется еще одна или несколько встреч». После этого можно согласовать с пациентом время и место следующей консультации или сеанса.

Однако в ходе беседы недопустим и педантизм, при котором «соблюдение расписания» становится самоцелью. При нестандартных ситуациях (особенно при «кризисных состояниях» с наличием суицидальных намерений и т. п.) особенно важно дать пациенту закончить свой рассказ, проявить заинтересованность в его проблеме и наметить хотя бы начальные пути выхода из кризюа.

Глубина «проникновения в прошлое» зависит от того, скол1ко времени имеется в распоряжении психотерапевта, сколько планируется встреч (Г. Каплан, Б. Сэдок, 199Г. Если предполагается долговременная работа, то, как стравило, необходим детальный анализ прошлого;

при газовых консультациях и кратковременной психотерапии большее внимание обычно уделяется ситуации «здесь и теперь».

399

Первая беседа с пациентом обычно позволяет составить лишь предварительное заключение о его проблемах — «терапевтическую гипотезу». В ходе второй и последующих бесед происходит получение дополнительной информации о пациенте и тем самым уточнение «гипотезы». Последняя не должна «зашоривать» мышление психотерапевта. На любом этапе психотерапии нужно иметь мужество отказаться от «гипотезы», если она противоречит реальности. В противном случае следует признать, что мы работаем не с пациентом, а с «проекцией» на него наших собственных проблем.

В начале второй беседы полезно узнать у пациента, что он (она) думает о первой встрече, о его (ее) реакции на эту встречу. Можно также сказать: «Часто после того, как человек уходит от врача (психолога), он припоминает еще целый ряд проблем, которые ему хотелось бы обсудить. Есть ли у Вас подобные проблемы?» (Г. Каплан, Б. Сэдок, 1991, 1998).

Разговаривая с родственниками пациента, следует руководствоваться тремя важными правилами (Г. Каплан, Б. Сэдок,**1991):**

• психотерапевт должен лично увидеться с пациентом («заочная» психотерапия недопустима);
• психотерапевт в ходе работы с пациентом должен общаться с членами его семьи, лишь получив на то его согласие;
• психотерапевт обязан соблюдать конфиденциальность беседы, не обманывать доверие пациента ни прямо, ни косвенно.

Единственным исключением из третьего правила могут быть случаи, когда существует опасность для жизни пациента или кого-либо еще. Если психотерапевт не может добиться от пациента разрешения раскрыть его суицидальные намерения или одержимость манией убийства, если больной при этом отказывается от госпитализации, необходимо поставить об этом в известность ftro семью и настаивать на госпитализации.

400

ИГРОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Особенности игровой психотерапии

Игровая психотерапия — психотерапевтический метод, основанный на принципах динамики психического развития и направленный на облегчение эмоционального стресса у маленьких детей с помощью разнообразных выразительных и дающих пищу воображению игровых материалов *(N. B. Webb, 1991).*

Давно признано, что игра занимает значительную часть жизни ребенка. Еще в XVIII в. Жан-Жак Руссо очень верно подметил: чтобы узнать и понять ребенка, необходимо понаблюдать за его игрой. В отличие от взрослых, для которых естественной средой общения является язык, для ребенка естественная среда общения — это игровая деятельность.

Игровая терапия, безусловно, представляет собой трудную психотерапевтическую работу, облеченную в форму игры. Поскольку дети и думают, и ведут себя иначе, чем взрослые, методы работы с ними должны учитывать эту разницу.

Не многие дети с готовностью соглашаются, что «имеют проблемы» (даже если их родители сходят с ума от мучающих детей ночных кошмаров, страхов или от агрессивного поведения своих любимых чад). Обращение к детскому психотерапевту, как правило, — инициатива взрослых (родителей, педагогов и т. д.). Но в его кабинете даже те немногие из детей, которые с самого начала могут признаться в своих страхах и несчастьях, в большинстве случаев не могут вести дискуссию о своих проблемах с кем-то из незнакомых взрослых.

Благожелательный, но неопытный психотерапевт, который задаст ребенку типичный «открытый вопрос», предназначенный для взрослых («Скажи мне, что тебя привело сюда?»), должен приготовиться к удивленному взгляду, пожатию плечами или, в лучшем случае, к ответу: «Моя мама сказала, что Вы хотите поговорить со мной!» Со стороны ребенка это будет вполне искренний ответ.

Если даже взрослым бывает трудно искать помощи и обсуждать свои серьезные эмоциональные проблемы с

401

психотерапевтом, представьте, насколько тяжело это для детей!.. К счастью, выручают методы игровой психотерапии, которые отвлекают ребенка, дают начальную «приманку» для вовлечения его в лечебную игру и поддерживают привлекательность этой игры в течение всего лечебного процесса.

Наблюдение за игрой ребенка и участие в ней позволяет понять, как он познает мир. Для ребенка игра — серьезное, полное смысла занятие, которое способствует его физическому, психическому и социальному развитию. В относительно безопасной ситуации игры, в состоянии раскованности ребенок позволяет себе опробовать различные способы поведения.

Помимо этого, игра предоставляет в распоряжение ребенка символы, которые заменяют ему слова. Жизненный опыт ребенка гораздо больше того, что он способен выразить словами, поэтому он использует игру, чтобы выразить и ассимилировать свои переживания. Игра для ребенка — это также одна из форм «самотерапии», благодаря которой могут быть отреагированы различные конфликты и неурядицы (N. Webb, 1991; В. Оклендер, 1997).

Краткая история основных направлений игровой психотерапии

Игра начала применяться в детской психотерапии приблизительно с начала **20-х** годов XX в. психотерапевтами психоаналитического направления (Анной Фрейд, Мелани Клейн и Герминой Хаг-Гельмут). Психоаналитики обнаружили, что дети не могут описывать свое беспокойство словами, как это с успехом делают взрослые. Детей в отличие от взрослых, как правило, не интересует исследование собственного прошлого, обсуждение ранних стадий развития; «не работает» у них и один из основных методов ортодоксального психоанализа — так называемый метод свободных словесных ассоциаций. Вместо него детские психоаналитики стали использовать наблюдение за игрой ребенка и исследование детских рисунков (А. Фрейд, 1997). Из психоанализа пришли такие важные методики исследова-

402

ния психической сферы ребенка, как тесты «Дом — Дерево — Человек», «Рисунок семьи» и т. д.

Второе крупное направление в развитии игровой психотерапии возникло в 30-х годах с появлением работы Давида Леви, в которой развивались идеи «терапии отреагирования» (abreaction therapy) —структурированной игровой терапии для работы с детьми, пережившими какое-либо психотравмирующее событие. Леви основывал свой подход на убеждении в том, что игра предоставляет детям возможности отреагирования психических травм (D. Levi, 1939).

Курс игровой психотерапии, по Леви, включает 3 этапа:

1-й этап — установление контакта — свободная игра ребенка, его знакомство с игровой комнатой и психотерапевтом;

2-й этап — введение в игру ребенка какой-либо ситуации, напоминающей психотравмирующее событие (с помощью специально подобранных игрушек). В процессе разыгрывания психотравмирующей ситуации ребенок управляет игрой и тем самым сменяет пассивную роль пострадавшего на активную, деятельную роль;

3-й этап — продолжение свободной игры ребенка. Леви рекомендует директивный принцип, в соответствии с которым инициатива в игровых ситуациях принадлежит врачу-психотерапевту. Важна тщательная техническая и методическая подготовка сеансов игровой психотерапии. Заранее составляется план ролевой игры с учетом возраста и особенностей психоэмоционального состояния ее участников, а также конечной цели психотерапии, перед игрой распределяются роли среди детей и т. д.

Третье значительное направление в игровой психотерапии появилось в 30-х годах благодаря исследованиям Джесси Тафт и Фредерика Аллена (F. Alien, 1939, 1942). Это игровая терапия отношений, основное внимание в которой уделяется лечебной силе эмоциональных отношений между терапевтом и пациентом. Аллен и Тафт подчеркивали необходимость отношения к ребенку как к личности.

Развивая эти принципы, Вирджиния Экслайн (1947) разработала систему недирективной игровой психотера-

403

пии у детей. Экслайн рассматривала игру как средство максимального самовыражения ребенка, позволяющее малышу полностью раскрыть свои эмоции при невмешательстве взрослых в процесс его игровой активности. Изучая эмоциональные и поведенческие реакции ребенка в различных игровых ситуациях, психотерапевт старается понять его личностные особенности. Вместе с тем он вводит и определенные ограничения, если игровая активность ребенка выходит за рамки допустимого.

Роль психотерапевта в процессе недирективной игровой психотерапия сводится к следующему:

• наблюдение за процессом игры ребенка (Как играет, как подходит к игровому материалу, что выбирает, чего избегает? Каков основной стиль его поведения? Трудно ли ему переключиться? Хорошо или плохо организовано его поведение? Каков основной сюжет игры?);

• анализ содержания игры (Проигрываются ли темы одиночества? агрессии? воспоминания? Много ли «несчастных случаев» происходит в ходе игры?);

• оценка навыков общения ребенка (Чувствуется ли контакт с ребенком, пока он занят игрой? Оказывается ли ребенок вовлеченным в игру или он не в состоянии во что-нибудь вовлечься?).

Иногда бывает полезным обратить внимание ребенка на сам процесс игры и установить с ним контакт по ходу игры. Если в игре повторяются одни и те же ситуации, можно задавать вопросы, касающиеся реальной жизни ребенка («А дома ты любишь расставлять все по своим местам? »). Можно привлечь внимание ребенка к эмоциям, которые владеют им по ходу игры («Мне кажется, что эта кукла-папа очень недовольна своим сыном»).

Виолет Оклендер (1997) советует «возвращать ситуации к ребенку и событиям его жизни» («А ты когда-нибудь дрался, как эти два солдатика?»).

Психотерапевту не следует прерывать течения игры;

лучше дождаться естественной паузы, чтобы задать свои вопроса или вмешаться с комментариями.

В настоящее время многие зарубежные психотерапевты используют комбинированный подход, сочетая в процессе игровой психотерапии принципы психодина-

404

мической, недирективной психотерапии (клиент-центрированной в понимании Карла Роджерса и Вирджинии Экслайн) и «терапии отреагирования», нередко в сочетании с медикаментозным лечением.

По мнению Нэнси Уэбб, «комбинацию нескольких видов лечения следует в большинстве случаев рассматривать как лучшую программу, соответствующую сегодняшнему дню» (1991).

Основные задачи игровой психотерапии и показания к ее применению

Игровая психотерапия предполагает решение целого ряда терапевтических и вспомогательных задач:

• помогает в установлении диагноза;

• способствует налаживанию контакта между психотерапевтом и ребенком-пациентом;

• дает средства для работы с механизмами психологической защиты ребенка, играющими важную роль в развитии эмоциональных и поведенческих расстройств;

• стимулирует .словесное выражение чувств;

• помогает ребенку выразить неосознаваемые внутренние конфликты и тем самым уменьшить эмоциональное напряжение;

• расширяет круг интересов ребенка.

В настоящее время игровая психотерапия нашла широкое применение не только в стационарной и амбулаторной психотерапевтической практике, но и в системе преподавания, а также в больницах общего профиля.

Игровая психотерапия оказалась эффективной при решении самых разнообразных детских проблем. В частности, она рекомендуется при невротических и сома-тоформных расстройствах у детей; для улучшения эмоционального состояния детей после развода родителей;

для снижения тревоги у госпитализированных детей;

для облегчения состояния при психосоматических заболеваниях (бронхиальная астма, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, неспецифический язвенный колит, нейродермит и т. д.); для ослабления агрессивности в поведении; для улучшения успеваемости детей с затруднениями в обучении; для коррекции

405

эмоционального состояния детей, подвергшихся насилию или живущих в условиях психической напряженности («заброшенные» дети), и т. д.

Игровой материал

Игрушки и материалы, необходимые для игровой психотерапии, можно сгруппировать в три больших класса (Г. Лэндрет, 1994):

1. Игрушки из реальной жизни: кукольное семейство, кукольный домик, детская посуда, машины, «медицинский набор» и т. п.

2. Игрушки, помогающие отреагировать агрессию и страх: игрушечные солдатики, оружие, маски волка, бандита, чудовища и т. д.

3. Средства для творческого самовыражения: пластилин или глина, краски, карандаши, фломастеры, конструкторы, детская мозаика и т. д.

Психотерапия в детском и подростковом возрасте может проводиться в форме индивидуальных, групповых и бифокальных (предполагающих совместную работу детских и родительских групп) игровых занятий, органично

включающих различные варианты психотерапевтического тренинга (тренинг разрешения проблем, тренинг коммуникативных навыков), может сочетаться с детскими вариантами нервно-мышечной релаксации и аутогенной тренировки, элементами гипносуггестии.

ГРУППОВАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ ЭМОЦИОНАЛЬНЫХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Общие положения

Цель групповой психотерапии состоит в восстановлении психического единства личности посредством нормализации ее межличностных отношений. Основная терапевтическая задача метода связана с эмоциональным отреагированием конфликтных ситуаций в группе и ослаблением угрожающих образов в сознании посредством их условного изображения в игре.
406

**Показания и противопоказания
к применению групповой психотерапии
у детей и подростков**

Считается (А.И. Захаров, 1979, 1982, 1995), что групповая психотерапия особенно показана при характерологических нарушениях, возникших или обострившихся при длительном течении невроза, обусловливающих проблемы в межличностных отношениях и препятствующих выздоровлению в процессе индивидуальной психотерапии. К данным нарушениям относятся: неадекватный (не соответствующий ситуации) уровень притязаний; эгоцентризм; неустойчивость самооценки; излишняя застенчивость, скованность и неуверенность в общении;
тревожно-мнительные черты характера; фобические реакции и т. д.
Проведение групповой психотерапии затруднительно в следующих ситуациях: при негативном отношении к данному виду лечения самого ребенка (подростка) или его родителей; при наличии у ребенка (подростка) выраженных расторможенности и агрессивности; при включении в группу ребенка со сниженным уровнем интеллектуального развития (хотя вполне оправданным и целесообразным является создание однородных психотерапевтических групп из детей со специфическими задержками развития и легкой степенью умственной отсталости).
Клинико-психологические критерии формирования детско-подростковой группы, по А. И. Захарову (1982, 1998), следующие:
• разноплановость структуры группы при клинической и психологической совместимости ее участников (в группе воспроизводятся условия, напоминающие общение больных в жизни; включаются в состав дети с разной тяжестью заболевания, разными возрастом, полом, темпераментом и т. д., поскольку группа — модель жизненных отношений);
• необходимое условие — закрытый характер группы и отсутствие повторных больных. При необходимости повторного лечения детей, прошедших первый цикл груп-
407

повых занятий, целесообразно включать в состав «продвинутых» групп.

Формирование детской психотерапевтической группы

В клиническом отношении совместимы дети и подростки с логоневрозом, неврастенией, неврозом навязчивых состояний. Несовместимы между собой больные с истерическим неврозом, так как группа из них практически неуправляема ввиду эмоциональной расторможенности и амбициозности ее членов.
Больные с тиками вне зависимости от механизма их происхождения и выраженности оказывают неблагоприятное индуцирующее действие на остальных детей, поэтому лучше заниматься с ними в отдельной группе.
В группе не должны преобладать пациенты с тяжелым течением невроза, массивными органическими наслоениями и повышенной активностью.
Желательно включить в группу нескольких высоко курабельных больных, создающих благоприятный психотерапевтический климат в группе.
Основные нормативы, которыми целесообразно руководствоваться при проведении групповой психотерапии у детей и подростков, изложены в таблице 1.

Табл. 1. **Нормативы групповой психотерапии у детей и подростков**

Параметр	Норматив				
Возрастные границы, отражающие примерно одинаковый уровень социализации детей	4—5 лет	5—7 лет	7—9 лет	9—11 лет	11—14 лет
Оптимальная численность детей в группе	4	4—6	6	6-8	8—10
Продолжительность групповых занятий (в минутах)	45	45—60	60	60— 90	90

Процесс групповой динамики в психотерапии состоит из ряда последовательных фаз.
408
В первой фазе — ориентации группы — происходит эмоциональное объединение детей и появление у них однородных устремлений. В этой фазе возможно возникновение критического периода в жизни группы — ее эмоционального расторможения.

Во второй фазе — дифференциации группы — оформляются статусные различия, симпатии и антипатии детей. В этой фазе также возможно появление критического периода, обусловленного проявлениями «борьбы» за лидерство в группе.
В третьей фазе — интеграции группы — отмечается стабилизация ее структуры, сплочение детей и развитие коллективных отношений (А. И. Захаров, 1982).

Примерный сценарий групповых занятий с детьми и подростками

Приводимый примерный сценарий состоит из 10 групповых занятий. Упражнения рассчитаны на детей и подростков различного возраста (приблизительно от 8 до 14—15 лет). Предложенная структура групповых занятий не должна быть совершенно неизменной. Перефразируя слова Устава Петра I, можно призвать начинающих психотерапевтов не держаться сценария, «яко слепой стены».
Психотерапевт должен чутко улавливать эмоциональное состояние группы, не допускать «натянутых пауз» между упражнениями, проводить занятия на высоком эмоциональном подъеме, что позволяет добиться положительной клинической динамики и способствует личностному росту участников группы.
Началу групповой психотерапии предшествует индивидуальная консультация каждого ребенка и членов его семьи (желательно обоих родителей) у детского психотерапевта, а также тщательный осмотр педиатра и детского невропатолога.
Детская групповая психотерапия должна проводиться в достаточно просторном помещении, где дети с различной степенью активности могли бы безопасно передвигаться. Пол не должен быть скользким; целесообразно иметь специальное покрытие, чтобы ребенок при не-

обходимости мог расположиться на полу. В помещении не должно быть никаких потенциально опасных предметов. Комната должна быть светлой и уютной, с регулируемой яркостью освещения. Стены и необходимая мебель должны быть теплых, успокаивающих тонов — светло-коричневые, зеленые и др.

ЗАНЯТИЕ 1

Цель занятия: знакомство с методом работы группы, объединение детей, обеспечение сотрудничества детей и родителей, создание высокого эмоционального подъема.
1. Беседа с родителями. Объясняются цели и задачи терапии, выясняются индивидуальные проблемы, ставится серьезный акцент на необходимость тесного сотрудничества с детьми. Предлагается при появлении вопросов подходить к терапевту без приглашения.
Согласно рекомендациям Ю. С. Шевченко и В. П. Добриденя (1998), «мишень» выступления психотерапевта, стоящего перед собравшимися вокруг него детьми и родителями, — анозогнозия и пассивность ребенка в отношении лечения, осознание значения терапевтического альянса. Приводим образец такого выступления:
«Никто не хочет быть больным, никто не хочет болеть, иногда даже признаться в том, что болен. Одни чувствуют свое состояние, свою болезнь как помеху в жизни, другие же не замечают, что больны, но это заметно для окружающих, для родителей, которые знают, что в будущем страхи, заикание, вредные привычки, плохое поведение сделают их ребенка несчастным. И родителям становится иногда больно и обидно за то, что у них такой ребенок. Родители начинают чувствовать себя виноватыми в том, что недоглядели, недодумали, упрекать себя в том, что они — «плохие родители» и жалеть своего ребенка. Дети же не совсем понимают эти чувства, однако невольно начинают пользоваться привилегиями больного. И в семье начинает расти «тиран» или неприспособленный «неженка». Но это в семье, а вне семьи? В школе, на улице, в компании чужие недостатки не вызывают у окружающих чувства вины, и отно-

шение их к детям с недостатками такое же, как и ко всем остальным. А ведь эти дети привыкли к другому обращению, к иным формам общения. У них свои модели поведения — домашние, и в определенный момент возникает конфликтная ситуация: внешняя — драки и ссоры и внутренняя — обида, зависимость, плохое настроение, плохой сон, ночное недержание мочи, раздражительность, повышенная слезливость, заикание, страх темноты... Крайне трудно понять, отследить, в чем причина этих детских проблем. Нередко бывает так, что в семье привыкают к такому поведению и считают, что у ребенка «такой уж характер». А ребенок стоит на пороге сложного заболевания, именуемого неврозом. Оно страшно тем, что ничего не болит, нет конкретных физических жалоб. А невроз, как тот червь в наливном яблоке, спит, дремлет, не проявляет себя, а потом просыпается и начинает грызть изнутри. Внешне яблоко наливное, красное, румяное, а внутри? Червь этот имеет название — «лень», «капризность», «трусость». Наша цель и задача — не допустить, чтобы болезнь питалась нами, пусть это не больно, пусть этого кто-то не замечает. Надо поверить своим папам и мамам, что нужно лечиться и своим лечением и выздоровлением сделать себя и своих родителей счастливыми. Но для этого мы должны знать своих внутренних врагов в лицо!»
2. На доступном уровне детям объясняется роль эмоциональных нарушений в происхождении невротических проявлений. Предлагается при активном участии детей решить большинство проблем.
3. Взаимное знакомство.
Детям предлагается назвать свои имя и фамилию, затем:
а) Построиться по алфавиту имен, фамилий; по росту, по цвету волос. Это упражнение можно применять в течение всего группового процесса, особенно когда группа выходит из-под контроля вследствие психоэмоционального возбуждения.
б) В кругу бросают мяч или любой предмет. Ведущий называет существительное и бросает мяч, а поймавший должен дать определение существительному или описать

его действие (например: птица — летит, фонарик — светит).
4. Разминочные игры.

Игра «Жмурки». С завязанными глазами необходимо поймать участника группы и назвать его имя. При этом разрушаются межличностные барьеры и на высоком эмоциональном подъеме детей происходит сплочение группы.
Игра «Хип-хоп». Если ведущий говорит «хип», нужно назвать имя соседа слева, если «хоп» — справа. Тот, кто ошибся, становится ведущим.
Игра «Лишний стул» (модификация игры без проигравших). Участники игры ходят по внешнему кругу. Одного стула не хватает. По хлопку ведущего нужно успеть сесть на стул. Затем с каждым витком игры убирается один стул, но выбывающих игроков нет, так как можно садиться на колени и т. п. В конце концов остается «куча мала» на одном стуле (следить за техникой безопасности!)

Игра «Нож и масло». Группа сбивается в «кучу», ведущий пытается «разрезать» ее на части.

Игра «Плот». Группа плывет на корабле. Вдруг — кораблекрушение. Всем надо разместиться на маленьком плоту (коврик или квадратик, нарисованный мелом на полу).

Эти упражнения направлены на повышение сплоченности группы.

5. Ролевые игры-шутки («Сборы в школу», **«Обед»,** «Домашние уроки»). Ведущий выбирает предметы для совершения какого-либо действия, назначая на их роль всех членов группы, и разыгрывает выбранную миниатюру.

6. Построение скульптурных групп на заданные темы.

7. Упражнения на вербальную и невербальную коммуникацию.

а) Ситуация: машина обрызгала прохожего, шофер вышел из машины извиниться. (Тренировка адекватных коммуникаций.)

б) Передача воображаемого предмета. Необходимо принять этот предмет, угадать его и передать по кругу (или предложить свой).

8. В ходе первого занятия вырабатывается кодекс группы. Может быть предложена следующая модель:

• каждый член группы подчиняется ее законам;
• все неприятное и злое оставь за дверью, но если принес с собой, то обсуди со всеми;
• если кому-то больно, не делай еще больнее;
• помогай другу в тяжелых ситуациях, старайся понять того, кто рядом;
• не теряй чувства юмора;
• не выноси за пределы группы происходящее в ней;
• не опаздывай;
• не бойся ошибок, не ссорься, не дерись, не злословь.

8. Далее используется вариант нервно-мышечной релаксации с элементами гетеросуггестии: «Я могу, я готов, я способен». (G. S. Everly, R. Rosenfeld, 1981), модифицированный для применения в детско-подростковом возрасте (см. Приложение 1).

Домашнее задание:

• сделать рисунок семьи — см. Приложение **2;**
• написать самоотчет о состоянии (что было трудного во время занятий, как себя чувствовал дома).

ЗАНЯТИЕ 2

Цель занятия: стимуляция личной активности ребенка в разных жизненных ситуациях. Знакомство с вербальными и невербальными техниками общения.

1. Разминка.

а) Дети, держась за руки, по команде создают круг, квадрат, треугольник, восьмерку.

б) «Путаница»: дети, стоя в кругу, держат руки перед собой. Затем по команде беспорядочно сплетаются пальцами, получается «путаница». Группа должна сама себя распутать.

2. Этюд «Ларингит». Ребенок заболел ларингитом, не может говорить, но ему необходимо выполнить ряд действий (сходить в аптеку, магазин и т. д.), используя не-

вербальные техники общения. Ведущий распределяет роли.

3. Упражнение «Лабиринт». Его проводят парами. Необходимо, используя доверие и эмпатию, молча провести «слепого» (с завязанными глазами) через лабиринт мебели.

4. Функциональная тренировка поведения.

а) Уговорить товарища сделать нелепое действие (постричься наголо, приходить на занятия в валенках, ходить с серьгой в носу и т. д.). Он должен аргументировать свой отказ.

Тренировка умения сказать «нет» очень важна для застенчивых детей и подростков, так как пассивная подчиняемость нередко делает их объектами манипуляции со стороны более активных напористых сверстников и даже жертвами насилия со стороны асоциальных элементов. В группе подростков можно проиграть ситуацию отказа со стороны девушки парню-«приставале», отказа от употребления спиртных напитков в компании и т. п.

б) Все опоздавшие участники группы по очереди объясняют причину своего опоздания, не оправдываясь.

5. Упражнение на снятие напряжения от предыдущего занятия.

а) Поочередно по кругу, хлопая в ладоши, «сыграть» мелодию («В траве сидел кузнечик», «Подмосковные вечера» и др.). Каждый член группы делает только один хлопок.

б) «Погонять» хлопки по кругу. Каждый участник поочередно по кругу делает хлопки в ладоши. Ведущий задает темп и ритм.

6. По кругу каждый предлагает одно предложение, чтобы получилась «страшная» («веселая», «фантастическая») история. Затем получившуюся историю разыгрывают в ролях.

7. Релаксация с переходом к гипносуггестии с индивидуальными и общими внушениями, ориентированными на самораскрытие и веру в силу и свободу своей личности.

Домашнее задание:

• нарисовать «несуществующее» животное и дать ему несуществующее название;
• написать короткий рассказ на 2—3 минуты к 4-му занятию;
• составить самоотчет.

ЗАНЯТИЕ 3

Цель занятия: дальнейшее обучение навыкам общения. Развитие потребности в самонаблюдении. Стимуляция воображения.

1. Разминка **со** стульями.

а) Участники ходят по внешнему кругу. Одного стула не хватает. По хлопку надо успеть сесть на стул. Затем убирается один стул. Так продолжается до тех пор, пока не останется один игрок.

б) Половина группы сидит на стульях, а сзади стоят партнеры. Один стул пустой. Ведущий стоит за пустым стулом и глазами, мимикой предлагает сидящим в кругу пересесть на свободный стул. Стоящий сзади должен удержать сидящего, не давая ему перебежать на свободный стул. Данное упражнение хорошо тренирует сосредоточение и концентрацию внимания.

2. «Путаница».

Ведущий выходит за дверь, а дети сами запутываются. Ведущий должен их распутать.

3. Упражнение на невербальное общение: поздороваться, глядя в глаза друг другу; аналогично попрощаться.

Это упражнение рекомендуется проводить в начале и в конце каждого последующего занятия.

4. Разбор и анализ «несуществующих» животных. Группе объясняется символическое значение этого теста, что помогает более полно отрефлексировать свое самосознание.

5. Упражнение на воображение.

а) Дается любой предмет. Каждый по кругу должен представить себе, что это может быть (например, палка, ружье, копье и т. д.).

б) Члены группы делятся на две части и дарят друг другу воображаемый подарок. Необходимо принять его и, не прибегая к услугам речи, поблагодарить.

в) Следует мысленно задумать предмет и пантомимически показать его. Группа должна отгадать, что задумано.

6. Вживание в образ. Разбиться по парам и представить себя в образах: причал—корабль; мячик—стенка; червяк—рыбка; белье—веревка и т. д. Провести по парам диалоги между ними.

7. Каждый по кругу называет подлежащее, связанное по смыслу с предыдущим. Последний составляет рассказ. Затем по кругу пантомимически изображают эти слова, причем последующий отражает действия всех предыдущих.

8. Упражнение на самоанализ. Закончить по кругу в группе из трех человек предложения: «Раньше я был...»; «На самом деле я ...»; «Скоро я ...»

9. После достижения состояния релаксации (по Джекобсону—Эверли) проводится медитация на приятных визуальных образах, в конце — гетеросуггестия: «я свободный», «я сильный».

Домашнее задание:

• сделать рисунки на темы: а) каким я себя вижу;
б) каким меня видят окружающие; в) каким я хочу себя видеть.
• написать самоотчет.

ЗАНЯТИЕ 4

Цель занятия: приобретение знаний о своих эмоциональных реакциях и способах их отреагирования. 1. Разминка.

а) Хождение над пропастью. Необходимо представить. что надо пройти по уступам скалы, под которой бесконечная пропасть. Группа наблюдает и оценивает, кто смог реально вжиться в образ.

б) «Восковая свеча». Ребенок с закрытыми глазами падает в кругу на руки участников группы, которые пе-

редают падающего друг другу. При этом производится проверка доверия, эмпатии и эмоциональной близости.

2. Беседа об эмоциональных реакциях, их роли в нашей жизни, о способах отреагирования отрицательных эмоций.

3. Игра «Кис-мяу». Ведущий тот, кто лучше прошел вдоль пропасти. Ведущий становится спиной к группе, а психотерапевт, поочередно указывая на участников, спрашивает: «Кис?» Ведущий отвечает «Брысь» или «Мяу». Тем, на кого выпало «мяу», присваиваются цвета. Каждому цвету дается задание. Например: красному — полаять, стоя на коленях; оранжевому — передать информацию через стекло; желтому — изобразить эмоцию; зеленому — сделать комплимент, абстрагируясь от внешности; голубому — установить невербальный контакт с участниками группы;

фиолетовому — проявить агрессию к члену группы и т. д. Игра позволяет максимально задействовать несколько психотерапевтических техник.
4. Разбор рисунков (домашнего задания) некоторых членов группы.
5. Зачитать подготовленные рассказы (домашнее задание). Самые интересные рассказы можно проиграть в ролях.
6. Упражнение «Просьба». Подойдя к членам группы (по очереди или по парам), глядя в глаза друг другу, попросить дать какую-либо вещь, используя оборот:
«Ну, пожалуйста...»
7. Самоанализ в группах по 2—3 человека. По кругу закончить фразу: «Я никогда не...»; «Я хочу, но, наверное, не смогу...»; «Если я действительно захочу...».
8. Медитация. Перед началом предлагается расслабиться самостоятельно. В конце занятия психотерапевт делает внушения, ориентированные на самораскрытие личности.

Домашнее задание:

• написать «письмо к инопланетянину» (будет конкурс). Письмо должно содержать как можно больше информации о вашей личности, чтобы из миллионов

жителей Земли инопланетянин нашел именно вас. Организовать к 5-му занятию чаепитие.

ЗАНЯТИЕ 5

Цель занятия: углубление знания о своих и чужих эмоциональных реакциях. 1.Разминка.
а) Погонять хлопки по кругу.
б) «Японская машинка» (упражнение на развитие активного внимания). Сидя в кругу, рассчитаться по порядку от нуля (ведущий). Ведущий хлопает ладонями по коленям, затем, щелкая пальцами правой руки, называет свой номер, щелкая пальцами левой руки, включает любого участника группы (например: 0-3). Третий номер, продолжая ритмично хлопать вместе с ведущим, включает следующего участника группы. И так до полного вовлечения всех участников группы.
2. Используя ту или иную эмоцию:
а) рассказать четверостишие (например, «В лесу родилась елочка...»);
б) в парах провести диалог: «Чижик-пыжик, где ты был?» Примеры эмоциональных пар: радость — печаль, удивление — страх, осуждение — злорадство, восторг — ненависть, любопытство — безразличие...
3. Разыгрывание ранее написанных рассказов.
4. Этюд «Сиамские близнецы». Два человека срослись боками (можно привязать их друг к другу бинтами). Свободны только головы, и можно лишь глазами корректировать действия другого. Например, рука одного держит ложку, другого — хлеб. Разыгрывается этюд «Город сиамских близнецов». Нужно пригласить в гости друзей, угостить их. Действия должны быть реальными, а не воображаемыми.
5. Конкурс писем к инопланетянину с их анализом и поздравлением победителя.
6. «Снежный ком». Ведущий говорит: «Если бы я поехал в Африку...» Следующий повторяет фразу, завершив ее. По кругу составляется рассказ и разыгрывается в образах.

7. Группа делится на две команды. Необходимо передать сложную информацию через стекло. Победителя награждают.
8. Глубокая релаксация, по мере достижения которой дети сосредоточиваются на спонтанно возникающих зрительных (слуховых, кинестетических) образах.

Домашнее задание:

• написать брачное объявление (или объявление для приема на работу). Задание ориентировано на рефлексию и формирование «образа достижения».

ЗАНЯТИЕ 6

Цели занятия: создание фрустрационной напряженности для более глубокого сплочения членов группы и смещение агрессивности на терапевта. Тренировка навыков общения.
1. Разминка.
а) Побросать мяч по кругу, используя определения и действия существительного.
б) «Зеркало». Группа разбивается на пары. Один отражает, второй совершает действие (умывается, ест, причесывается). Делать медленно.
2. Беседа, направленная на создание эмоционального напряжения: «Если вы хотите чего-то достичь, надо работать активнее. Это не самоотчеты, а отписки для бабушки. У вас нет никакой взаимопомощи, каждый сам за себя. Вы невнимательно слушаете друг друга. Когда говорят о других, вы думаете о себе. Сегодня вам дается шанс. Для того чтобы случилось чудо, надо работать в первую очередь над собой. Иначе ничего не будет и вы будете прозябать в серости. Итак, сегодня ваш шанс.»
Иногда используется прием «живая статуя». Психотерапевт «замирает», превращаясь в «статую». Только самостоятельная игра, включающая всех детей — членов группы, способна «оживить» эту «статую».
3. а) Игра. «Вам прислали **100** рублей, что хотите, то берите, черный-белый не берите, «да» и «нет» не говорите». Затем ведущий задает вопросы, пытаясь поймать участников группы. За неправильный ответ забираются

фанты, которые потом разыгрываются с использованием различных психотерапевтических техник.

б) «Садовник» — то же самое. Игра помогает расширить набор применяемых психотерапевтических техник и снять с участников ответственность за выбор.

Дети распределяют между собой названия цветов (например. Роза, Фиалка, Ландыш, Незабудка, Колокольчик и даже... Кактус).

Ведущий: Я садовником родился, не на шутку рассердился. Все цветы мне надоели, кроме... Фиалки!..

Фиалка: Ой!

Ведущий: Что с тобой?

Фиалка: Влюблена...

Ведущий: В кого?

Фиалка: В Ландыш.

Ландыш: Ой!..

И так далее по кругу (пауза между вопросом и ответом на него задается самими участниками, но не превышает десяти секунд).

Игра направлена на развитие активного внимания;

при ошибочном ответе (называние отсутствующего в игре, выбывшего или своего собственного цветка), а также при затягивании паузы участник выбывает из игры.

4. а) «Фотограф». Ведущий запоминает расположение группы и выходит за дверь. Группа проводит 3 изменения в своей композиции. Ведущий должен восстановить композицию.

б) «Скульптура». Ребенок «лепит» из одного или более человек скульптуру. После этого скульптура «оживает».

5. Упражнение на внимание.

а) Применяют таблицу Шульте — методику, используемую для исследования объема внимания. Она состоит из таблицы, на которой в беспорядке расположены цифры от 1 до 25. Дети отыскивают числа по порядку. Занятие проводят дважды в прямом и обратном направлении.

б) Группа становится в полукруг, ведущий — спиной к группе. Члены группы, меняясь местами, изменяя тональность голоса, задают вопросы. Ведущий должен ответить, обращаясь по имени.

6. Упражнение на общение.

а) В кассе нет билетов. Нужно попытаться купить билет у администратора.

б) Нужно отговориться от контролера в автобусе и т. д.

7. Разыгрывание некоторых рассказов из домашнего задания.

8. Мышечная релаксация по Джекобсону—Эверли, в ходе которой можно представить себя в образе океана, неба, гор. В конце психотерапевтом дается общее позитивное внушение: «Вы изменились, вы стали свободнее...»

Домашнее задание:

• описать 15 своих личностных качеств, отвечая на вопрос: «Кто я?», и составить самоотчет.

ЗАНЯТИЕ 7

Цель занятия: анализ личностных проблем каждого члена группы.

1. Разминка — проводится в одной из техник по желанию участников группы.
2. Пантомима: «Я люблю», «Я не люблю». Члены группы показывают, остальные угадывают.
3. Тайным голосованием выбираются один или два лидера группы. Лидер становится зеркалом. К нему по очереди подходят участники группы и говорят: «Свет мой, зеркальце, скажи, да всю правду доложи». Зеркало отвечает: «Ты прекрасен, спору нет, но тебе не хватает... (я желаю тебе..., мне хотелось бы, чтобы ты...)». В конце упражнения всем членам группы дается положительная обратная связь.
4. Анализ 15 качеств личности. Проводится самостоятельно. Предлагается выбрать 5 самых характерных качеств, составляющих ядро личности.
5. Составляется рассказ в группе, который потом проигрывается.
6. Участник группы как можно серьезнее рассказывает стихотворение. Группа удивляется после каждой строфы: «Вот это да1», «Ничего себе!», и т. д. — это

прекрасная функциональная тренировка для преодоления «школьных» фобий (страхов).

Домашнее задание:

• составить самоотчет;

• дома самостоятельно один раз в день проводить мышечную релаксацию по Джекобсону—Эверли с целевым внушением в конце;

• принести фломастеры и бумагу.

ЗАНЯТИЕ 8

Цель занятия: анализ личностных проблем каждого участника группы.

Введение: «У каждого из вас есть проблемы, сложности, трудности. Многие из них вы решили в группе, некоторые еще не решены. Сегодня хотелось бы узнать трудные случаи из вашей жизни или из жизни ваших друзей. И мы вместе подумаем, как найти выход из этих ситуаций.»

1. Разминка. Двигательная техника по выбору группы.
2. Невербальная коммуникация «Испорченный телефон», «Разговор через стекло», «Передача предмета».
3. Вербальная дискуссия по любой проблеме, выбранной группой.
4. Ролевые игры: «Позднее возвращение», «Неприятный разговор с родителями», «Сборы на дискотеку».
5. Совместное рисование без слов. Сначала рисуют одним фломастером парами, затем всей группой по 1— 2 штриха на общем рисунке. Проводится анализ и интерпретация рисунка.
6. Медитация со свечой на фоне глубокой релаксации. Надо подумать о своей проблеме, при этом попытаться взглянуть на нее по-иному.

Домашнее задание:

• самоотчет (как я изменился за это время, каким я вижу себя теперь);

• написать своему другу письмо о себе через 5 лет (анонимно). В конце указать, можно ли зачитать его на группе;
• к 9-му занятию пригласить родителей.

ЗАНЯТИЕ 9

Цель занятия: демонстрация родителям структуры неконструктивных взаимоотношений с детьми; достижение более высоких степеней эмоционального контакта и самосознания. Первая часть занятия проводится вместе с детьми.

1. Зачитываются анонимно отдельные самоотчеты детей, письма. Родителям предлагается обменяться мнениями. Проводится небольшая обучающая дискуссия, в которую включается психотерапевт.
2. Вместе с родителями проводится психотехника «Передача предмета — узнавание». Комментируется вовлеченность взрослых в занятие.
3. Построение «скульптур» из членов группы, их узнавание. Анализ спонтанного поведения взрослых и комментарии.
4. Ролевые игры («Приготовление уроков», «Опять двойка» и т. д.). Дискуссия о взаимных коммуникациях взрослых и детей.
5. Разбор результатов анализа семейных взаимоотношений (по Э. Г. Эйдемиллеру и В. В. Юстицкому, 1990) и рисунков семьи. Проводится беседа о типах воспитания, даются рекомендации по оптимизации взаимоотношений с детьми. Ответы на вопросы родителей.

Домашнее задание:

• принести чашки, печенье, свечи.

ЗАНЯТИЕ 10

Цель занятия: подведение итогов работы группы. Ориентация группы на преодоление жизненных трудностей в настоящем и будущем.

1. Последнее занятие проводится в затемненной комнате при свечах, что стимулирует откровенность и укре-

пляет чувство безопасности каждого члена группы. Накрывается «сладкий» стол, зачитываются самоотчеты (задание 8) и письма к друзьям (можно анонимно). Затем проводится свободная беседа о прошедших занятиях, рассказываются интересные истории, фантазии на тему «Летние каникулы». На высоте доверия и взаимопонимания предлагается устроиться для медитации.
2. Медитация. После достижения релаксации проводится позитивная суггестия: «Вы ждали от наших занятий чего-то необычного, чуда, и оно случилось... Психотерапевт помог раскрыть в вас то, чего вы не замечали в себе. Подобно Волшебнику Изумрудного города, он помог открыть то хорошее, что есть в каждом из вас. И сейчас вы понимаете, что, взглянув на мир другими глазами, вы сами изменились и будете дальше познавать себя... Вы смелее среднего человека вашего возраста. Вспомните, как свободно вы вели себя в группе, со взрослыми... Вы умнее — это видно по вашим самоотчетам... Вы благороднее, потому что, придя в группу, вы страдали, а страдания облагораживают... Вы добрее, так как работали в группе не только на себя, но и в интересах других... У вас сильная воля, это видно по вашей активности. Вы стремились достичь цели... А сейчас мысленно проследите с первого дня все наши встречи, затем представьте себя в ближайшем будущем. Какими вы себя представляете, что изменилось? А затем снова медленно возвращайтесь сюда и открывайте глаза.»
3. Прощание.

ОСОБЕННОСТИ ГИПНОСУГГЕСТИИ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Общие положения

Гипноз и гипносуггестивная психотерапия —два различных понятия.

Гипноз — это «особое состояние сознания, предполагающее определенное изменение психофизиологической реактивности организма» (L. Chertok, 1982).

424

Гипноз может дать определенный лечебный эффект, такой как снятие внутреннего напряжения, но не ограничивается только этой задачей.

Гипносуггестивная психотерапия — это лечебный метод, с помощью которого ставятся определенные лечебные цели и используются специальные технические приемы во время пребывания пациента в состоянии гипноза.

Гипнотерапевтическая практика в детском возрасте должна осуществляться специалистами, имеющими специальную подготовку для работы с детьми, — детскими психиатрами и психотерапевтами, а также, при необходимости, стоматологами, хирургами и другими специалистами.

Цель гипнотерапии — дать пациенту «установку надежды» на разрешение его проблемы, привлечь его к активному участию в процессе лечения, отыскать и использовать его «внутренние ресурсы».

Существуют следующие гипнотерапевтические методы:

1) поддерживающие (усиливающие функционирование Я), главная цель которых — помочь пациенту почувствовать себя более здоровым, уверенным в разрешении проблем и в собственном благополучии в будущем, усилить его чувство самоконтроля;

2) методы, ориентированные на устранение, изменение, облегчение специфических симптомов болезни (психогенного или органического генеза);

3) динамические, ориентированные на достижение инсайта («озарения»), — направлены на помощь пациенту в осознании им истоков своих проблем, в проработке его внутренних конфликтов, в достижении более высокой ступени личностной зрелости (в когнитивной, аффективной и социальной сферах) (К. Olness, 1981).

Для многих пациентов детского и подросткового возраста гипнотерапия включает в себя комбинацию всех трех вышеуказанных методов.

425

Показания и противопоказания к применению гипнотерапии у детей и подростков

Ребенок является подходящим «кандидатом» для гипнотерапии, если:

• он адекватно реагирует на методы индукции гипнотического состояния;
• его проблема может быть разрешена путем применения гипносуггестии;
• между ним и психотерапевтом устанавливаются позитивные взаимоотношения;
• он имеет хотя бы минимальную мотивацию к разрешению своей проблемы;
• родители или другие лица, несущие ответственность за него, согласны на применение данного метода лечения.

К ситуациям, в которых гипнотерапия считается противопоказанной, относятся следующие:

• угроза аггравации (в данном случае — преувеличения) эмоциональных проблем (если, например, девушка-подросток, пережившая разрыв отношений с любимым, настаивает на том, чтобы психотерапевт «стер из ее памяти» психотравмирующие переживания, в таких случаях происходит лишь частичное «вытеснение» проблемы в область бессознательного, чреватое угрозой развития дезадаптивных реакций, таких как генерализованное тревожное расстройство или депрессия, что, безусловно, приводит лишь к углублению проблемы);
• стремление ребенка или подростка просто «позабавиться»;
• случаи, когда проблема успешнее поддается лечению другими методами («тренинг навыков общения» при коммуникативных затруднениях и т. п.);
• недостаточно полное обследование ребенка и вследствие этого неверная постановка диагноза, когда «функциональные» расстройства оказываются в действительности проявлением органической патологии, требующей иных методов лечения.

Относительным противопоказанием к проведению гипнотерапии являются также ситуации, в которых пациент стремится извлечь «вторичную выгоду» (сочувст-

426

вие и внимание окружающих, «поблажки» в учебе и т. п.) в результате повышенного внимания к его проблемам.

Общие принципы гипнотизации детей и подростков

Введению ребенка в гипнотическое состояние обязательно предшествует беседа с ним. В зависимости от потребностей ребенка она может быть короткой или, наоборот, очень обстоятельной.

Беседа обычно включает объяснение целесообразности использования гипноза для решения имеющихся проблем, а также разговор с ребенком с целью коррекции его представлений о гипнозе, устранения ошибочных опасений и обстоятельные ответы на вопросы. Если у психотерапевта еще не сложились детальные представления о симпатиях и антипатиях ребенка, его существенных переживаниях, страхах, надеждах, условиях, в которых он чувствует себя комфортно, все эти проблемы должны быть обсуждены в ходе предварительной беседы.

У детей применяется большое количество методов индукции гипнотического состояния и каждый — с бесчисленным количеством вариаций. Выбор подходящего метода зависит от нужд и предпочтений ребенка, а также от опыта и творческих возможностей терапевта. Любой специалист, который использует методы гипнотерапии у детей, должен иметь необходимые знания в области возрастной психологии и опыт практической работы с детьми. Необходимо также

располагать сведениями о социальном и культурном окружении ребенка, о том, что ему нравится и что не нравится, и об интересующих его темах (любимые книги, телевизионные программы, фильмы).

Часто неожиданное сопротивление применению одного метода сменяется быстрой податливостью и восприимчивостью по отношению к другому.

В сравнении со взрослыми дети более склонны вертеться на месте и двигаться, открывать глаза или отказываться их закрывать, делать спонтанные замечания в

процессе введения в гипнотическое состояние. Такое поведение не обязательно означает сопротивление методу лечения. Чаще дети просто адаптируют вводный метод к своему стилю поведения. Опытный гипнотерапевт всегда учитывает особенности ребенка в процессе выбора вводного метода. Многие дети негативно относятся к необходимости «погрузиться в сон», так как отождествляют понятия «уснуть» и «умереть» (примечательно, что в греческой мифологии бог сна Гипнос и бог смерти Танатос — родные братья). Поэтому следует избегать употребления во вводных инструкциях таких слов, как «сонный», «дремотный» и «усталый».

Точно так же (поскольку некоторые дети, особенно 4—5-летние, сопротивляются закрыванию своих глаз и могут быть даже напуганы этим) не нужно настаивать на обязательном закрывании глаз, хотя в процессе вводной беседы следует подчеркнуть, что лучше всего можно сосредоточиться, если закрыть глаза. В любом случае право выбора остается за ребенком.

Речь гипнотерапевта должна соответствовать уровню развития ребенка.

Описываемые далее вводные методы недирективны по своей природе, они способствуют активному участию детей в процессе обучения погружению в гипноз и использованию гипнотического состояния.

При введении ребенка в гипнотическое состояние желательно избегать авторитарных методов, широко распространенных в прошлом, включающих такие фразы, как «Ты должен...» или «Я хочу,, чтобы ты сделал это сейчас». (Подобные методы, при которых гипнотерапевт использует командный стиль поведения, могут быть успешными лишь у некоторых детей и в меньшей мере, чем в прежние времена или в культурах, где дети привычны к строгому и авторитарному стилю поведения взрослых.)

Более того, если введение в гипнотическое состояние используется в контексте психотерапии, мы полагаем, что авторитарные методы противопоказаны, особенно использование «ситуаций, лишенных выбора» (например: «Ты не сможешь открыть свои глаза, как бы ты ни пытался»).

Цель психотерапии всегда состоит в том, чтобы усилить самоконтроль ребенка над своими чувствами и поведением, и любое внушение, снижающее ощущение самоконтроля, может только помешать терапевтическому процессу.

Детский психотерапевт всегда должен помнить, что быть авторитетным и быть авторитарным — разные вещи.

Далее описано несколько специфических методов гипнотизации детей и подростков.

Клиническая классификация методов гипнотизации, используемых у детей и подростков

Методы, использующие «направленное воображение»

1. «Любимое место». «Подумай о любимом месте, где ты бывал или хотел бы быть. Возможно, представить его будет легче, если ты закроешь глаза, но ты можешь держать их открытыми, если тебе хочется, или пока ты их не закроешь.»

Детей, которые не могут представить реальное любимое место, можно попросить представить воображаемое место. Терапевт может подкрепить воображение ребенка путем добавления отдельных деталей. Часто при этом мы получаем важную информацию о ребенке, подобно информации, получаемой с помощью проективных психологических тестов, которые раскрепощают фантазию. Если ребенок предлагает более чем одно любимое место и. предпочтений выявить не удается, психотерапевт может усилить акцент внушением представлений о месте, более знакомом для ребенка.

Можно также внушать ребенку более активное вовлечение в ситуацию, особенно если цель лечения предполагает усиление компетентности и активное преодоление проблемы.

Представляемый образ не должен полностью относиться к проблеме. «Увидь себя, почувствуй себя в любимом месте, которое ты выбрал. Взгляни вокруг и по-

смотри на формы и цвета, прислушайся к звукам. Позволь себе действительно оказаться там. Каждому хорошо иногда перенестись в любимое место, туда, где тебе нравится быть, где ты хорошо себя чувствовал. Ты можешь испытать эти приятные чувства вновь. Задержись немного, чтобы почувствовать их. Когда ты почувствуешь, что ты действительно там, дай мне знать об этом поднятием одного пальца — это означает «да».»

Если ребенок выглядит расстроенным, психотерапевту следует разобраться в причине его переживаний. Можно сказать, что не все любят ходить в это место, и предложить иной метод. Иногда ребенок, который ранее успешно представлял любимое место, может неожиданно обнаружить негативную реакцию, например, из-за того, что бабушка или дедушка, которым также нравилось это место, умерли.

В зависимости от целей лечения психотерапевт может перейти к другому методу введения в гипнотическое состояние или помочь ребенку выразить эмоциональную реакцию. Непосредственно перед началом гипнотизации следует сказать ему, что он может разговаривать в состоянии гипноза, в особенности если «гипнотическое интервью» является частью лечебного плана.

2. «Счет воображаемых животных». «Ты любишь животных? (Ответ.) Хорошо. Какое из них нравится тебе больше всего? (Ответ.) Замечательно. Сейчас представь себе, что ты можешь видеть себя сидящим в очень приятном месте с котенком (или другим животным, которое назвал ребенок). Будет хорошо, если ты закроешь глаза. Почувствуй мягкий мех котенка, посмотри, какого он цвета. А сейчас, просто для забавы, представь, что котенок стал другого цвета, или полосатым, или пятнистым. В любом случае тебе это приятно и твоему котенку тоже. Ты можешь изменить цвет в любое время, по своему выбору... И ты можешь представить второго котенка, очень похожего на первого, того же цвета, с таким же мягким мехом. У тебя два котенка, и ты можешь видеть себя играющим с ними. А сейчас ты можешь увидеть трех котят и изменить их цвет на прежний, первый цвет или на другой. Ты можешь рассказывать мне об этих котятах, если хочешь.»

430

3. «Цветник». «Ты говоришь, что любишь цветы. Представь себя в красивом, большом цветнике, в котором растут все твои любимые цветы. Ты можешь взять с собой любимую игрушку или домашнее животное. Посмотри на яркие цвета. Вдохни ароматы цветов. Если ты хочешь, можешь потрогать лепестки и почувствовать, какие они мягкие. Вообрази, что ты можешь взять с собой из этого большого цветника столько цветов, сколько хочешь. Ты можешь нарвать их для себя или для кого-нибудь. Почувствуй, что твои руки расходятся все шире и шире вокруг все большего и большего букета, пока ты не возьмешь все, что захочешь. Если ты собрал этот букет для кого-то, ты видишь, каким счастливым выглядит этот человек, когда ты даришь ему цветы. Ты тоже чувствуешь себя счастливым.»

4. «Любимое занятие». «Расскажи мне, что ты любишь делать. (Ответ.) Хорошо... А сейчас представь, что ты видишь себя делающим это. Позволь себе действительно наслаждаться этим...»

Этот метод подчеркивает необходимость активного участия ребенка (см. метод «Любимое место»). Некоторые дети вовлекаются в физическую активность, соответствующую содержанию фантазии, например бренчание пальцами, как при игре на пианино.

5. «Пристальный взгляд на облака». «Какие цвета тебе нравятся? (Ответ.) Хорошо... Представь себе несколько красивых облаков в небе и наблюдай, как они окрашиваются в один из твоих любимых цветов. Хорошо... Теперь измени их цвет на другой. Или, возможно, на несколько красивых цветов. Облака также могут изменять форму по мере того, как ты продолжаешь наблюдать за ними. Будет интересно смотреть на то, во что они превращаются. Если хочешь, ты можешь стать частью этих облаков. Почувствуй себя очень уютно, очень хорошо.»

Этот метод не подходит для детей, которым внушали, что смерть означает «вознесение на небо, чтобы жить там с Богом». Соблюдайте особую осторожность, если ребенок недавно пережил смерть члена семьи, друга, любимого домашнего животного или если он страдает болезнью, которая может привести к смертельному исходу.

431

6. «Наблюдение за буквами». «Ты сказал мне, что любишь писать. Представь, что ты смотришь на доску или лист бумаги с буквой «А» на нем. Сейчас проследи, как «А» превращается в «Б». Теперь пусть «Б» превратится в «В». Ты увидишь столько букв, сколько тебе захочется. Когда ты почувствуешь себя очень удобно, очень хорошо, дай мне знать об этом, подняв один палец...»

Этот метод можно применять с использованием цифр. Если ребенок выглядит расстроенным, следует рассмотреть возможность того, что буквы и цифры могут иметь символическое значение (обозначение оценок, число прожитых лет). При использовании цифрового метода может происходить спонтанная возрастная регрессия или прогрессия, и это может быть желанным или нет, в зависимости от терапевтической задачи.

7. «Телевизионная фантазия». «Ты сказал мне, что любишь смотреть телевизор и что твоя любимая программа — ....» (Если ребенок называет любимыми программы со сценами насилия, можно использовать другой метод или осторожно расспросить его о других интересующих его вещах, а не предлагать «ненасильственные» темы телепередач, поскольку последнее ребенок может интерпретировать как скрытое осуждение.) ...«Теперь представь себе, что ты готовишься смотреть свою любимую телепрограмму. Где находится телевизор, который ты собираешься смотреть? (Ребенок указывает.) Хорошо. Сейчас устройся поудобнее и, когда ты будешь готов, включи телевизор. Прислушайся к щелчку, который раздастся, как только ты включишь выбранный канал. Теперь ты можешь смотреть свою любимую теле-передачу. Если ты отчетливо слышишь звук и видишь изображение, дай мне об этом знать, подняв один палец. Хорошо. Теперь продолжай смотреть и слушать, чувствуя себя очень удобно, очень хорошо.» Если ребенок подвергается медицинской процедуре, психотерапевт может использовать повторное внушение для продолжения «просмотра».

Если психотерапевт намеревается провести гипнотическое или постгипнотическое внушение, оно может быть вставлено в контекст программы. Например, если

432

ребенок отказывается глотать таблетки, психотерапевт может внушить, что герой или героиня телевизионной передачи с удовольствием принимают лекарство, которое излечивает болезни. Ребенка можно спросить также о любимой еде, затем внушить, что любимый ребенком персонаж телепередачи ест именно эту пищу и хочет разделить ее с ребенком. Затем лекарство представляется в гипноидном состоянии как любимая еда.

Большинство детей без всякого труда «вливаются» в любимую телепередачу. Нами наблюдались тяжело больные дети, принимавшие лечение только в контексте этих внушений.

В .процессе психотерапии этот метод можно использовать для доступа к «истокам психологических конфликтов» и помощи детям в разрешении последних. В этом и практически во всех других методиках гипносуггестии нет резкого различия между этапами погружения в гипноз и лечебного внушения.

8. «Любимая песня». «Ты говорил, что любишь петь. Где ты любишь делать это больше всего? (Ответ.) Хорошо... Представь себя сейчас в этом месте поющим свою любимую песню. Пропой эту песню про себя. Ты исполняешь ее очень хорошо, выпеваешь каждый звук очень чисто. Когда песня закончится, дай мне знать об этом, подняв один палец. Или ты можешь пропеть ее снова, если тебе хочется...» Ребенок может также отбивать такт одним или несколькими пальцами. Когда отбивание ритма кончается, психотерапевт знает, что пациент закончил песню.

9. «Игра на музыкальном инструменте». Если пациент любит играть на музыкальном инструменте, психотерапевт может видоизменить метод «Любимая песня» соответствующим образом.

10. «Слушание музыки». «Ты говорил мне, что любишь музыку. Какую музыку ты любишь слушать? Какое музыкальное произведение ты хотел бы услышать сейчас? (Ответ.) Хорошо... Теперь вообрази, что ты очень внимательно слушаешь эту музыку, выбирая по своему желанию громкость звучания. Ты можешь также представить, что видишь музыкантов. Дашь мне знать, когда музыка закончится.»

433

Для некоторых детей предпочтительнее реальное прослушивание магнитофонной записи. Можно попросить ребенка (подростка) приносить на сеансы записи любимой музыки.

11. «Ковер-самолет». Этот метод следует использовать с осторожностью у детей, испытывающих страх полета или высоты.

«Представь себе, что ты собрался на пикник и пришел с теми людьми, которых очень любишь, в свое самое любимое место. Ты принес с собой свои любимые кушанья и напитки. Ты можешь понюхать, как вкусно они пахнут, и попробовать их. Представь, что ты играешь со своими лучшими друзьями (подругами). Теперь, когда ты закончил еду, питье и игру со своими друзьями, ты видишь ковер, расстеленный на земле. Он окрашен в твои любимый цвет, он мягкий и удобный. Ты можешь сесть или лечь на него. Представь, что это волшебный ковер-самолет, а ты — его пилот. Ты управляешь его движением. Ты можешь летать очень низко, чуть выше травы, или высоко — выше деревьев, если тебе так хочется. Ты — пилот, и можешь лететь туда, куда захочешь, с любой скоростью. Ты можешь приземляться там, где живут твои друзья, и навещать их, или в зоопарке, или в любом другом месте, где тебе хочется побывать. Ты можешь лететь над деревьями и видеть птиц, сидящих в гнездах. Ты можешь ускорять и замедлять полет. Это так приятно — двигаться туда, куда ты хочешь. Во время полета ты чувствуешь себя очень хорошо. Ты можешь найти удобное место для посадки и приземлиться туда на своем ковре-самолете. Когда ты приземлишься, дай мне знать об этом, подняв один палец.»

12. «Езда». «Ты любишь кататься на велосипеде или на лошади? (Ответ.) Хорошо. Что тебе нравится больше? (Ответ.) Хорошо... Представь себя в своем любимом месте. Сегодня прекрасный солнечный день. Представь, что ты едешь туда, куда хочешь, с той скоростью, с какой хочешь. Ты можешь изменять скорость и направление движения, и это помогает тебе чувствовать себя удобнее. Когда ты почувствуешь себя очень удобно, ты можешь постепенно уменьшить скорость. Найди удобное место для остановки и отдохни... Тебе очень удобно...»

434

Для детей, которых пугает пассивность, лучше будет не использовать внушения, касающиеся замедления движения и остановки. Лечебные внушения могут даваться на фоне воображаемого движения.

13. «Занятия спортом». «Ты сказал мне, что любишь играть в футбол. Представь себя в том возрасте, в котором ты находишься сейчас, или старше, играющим в составе своей любимой футбольной команды, одетым в красивую спортивную униформу, играющим в той позиции, которая тебе нравится (защитник, нападающий, вратарь). Твоя команда выигрывает, и ты чувствуешь себя очень приятно. Ты помогаешь своей команде выиграть. Ты ощущаешь слаженные движения своих мышц в то время, когда бежишь или ударяешь по мячу. Ты продолжаешь играть в составе побеждающей команды, и это продолжается до тех пор, пока в игре не будет достигнут окончательный выигрыш. Дай мне знать подня-тием пальца, когда игра закончится.»

Этот метод особенно подходит детям, для которых терапевтической задачей является усиление самоконтроля движений при условии, что у них нет резко выраженного негативного отношения к данному виду спортивной деятельности.

14. «Прыгающий мяч». «Иногда бывает хорошо представить себе, что ты можешь двигаться, куда бы ни захотел. Представь, что ты прыгающий мяч, большой мяч, и ты можешь быть того цвета, какого захочешь, даже полосатым или пятнистым. Это легче представить, если ты прикроешь глаза. Стань этим прыгающим мячом и скачи туда, куда пожелаешь. Прыг, прыг, прыг... Ты можешь скакать куда угодно. Ты можешь вспрыгнуть на дерево и покататься по веткам. Ты можешь перепрыгнуть через свой дом или больницу. Ты можешь прыгать по дорожкам в лесу. Если ты любишь плавать, ты можешь прыгать на волнах и плыть, прыгать и плыть. Продолжай прыгать, пока не найдешь удобное место, где ты смог бы остановиться, и, когда остановишься, дай мне об этом знать.»

435

Суггестивная сказкотерапия

У маленьких детей, к которым малоприменимы описанные выше методы погружения в гипнотическое состояние из-за их чрезмерной боязливости, психотерапевт может использовать сказки, отражающие потребности и интересы детей.

Этот метод особенно полезен в работе с маленькими детьми, которые подвергаются болезненным или вызывающим чувство страха медицинским процедурам. Сказка может быть полностью построена на фантазии или быть вариацией какой-то темы близкой по содержанию ребенку, например любимой телепрограммы.

Психотерапевт может сочинить сказку от начала до конца или расспросить ребенка об основных «сюжетных линиях», которые лягут в ее основу. Метод основан на возможности вовлечь ребенка в мир веселой, шутливой фантазии — прекрасного антипода состояний страха и тревоги. Например, психотерапевт может начать рассказывать ребенку знакомую сказку, а затем заменить ее персонажей врачами, медсестрами и членами семьи ребенка.

Большинству маленьких детей нравятся такие приемы, хотя отдельные дети могут настаивать на том, чтобы сказку рассказывали «правильно». Некоторые специалисты рассматривают сказкотерапию лишь как способ отвлечения, а не как метод гипнотизации; между тем при использовании этой методики можно наблюдать сужение фокуса внимания и измененную чувствительность, которые типичны для гипнотического состояния. Психотерапевт может также «вплести» в сказку внушение комфортного состояния, анальгезии и покоя.

Психотерапевты различных теоретических ориентации все чаще используют сказку в своей работе. Значение сказки в практической психотерапии детей обусловлено ее важной ролью в психическом развитии ребенка. Психоаналитики соотносят многие аспекты психического развития ребенка с драмой мифа об Эдипе. Карл Юнг рассматривал мифы и волшебные сказки как истории, представляющие коллективное бессознательное, а психическое развитие — как возникновение и дифферен-

436

циацию сознания из первоначального бессознательного, в которое полностью погружен маленький ребенок (К. Юнг, 1994).

Сказка, услышанная в детстве, по мнению Эрика Берна (1992), может стать основой жизненного плана человека и определить его судьбу. Поэтому психотерапевты, придерживающиеся концепции трансакционного анализа, считают необходимым узнать любимую сказку пациента. Рассматривая ее как драму, реально развертывающуюся в действительности, они стремятся показать пациенту, как он и окружающие его люди играют свои роли, имея четкие представления о сценарии взаимодействия с теми людьми, чьи жизненные планы пересекаются или стыкуются с их собственными. В качестве примеров Берн описывает сценарии, сюжетная линия которых соответствует известным сказкам (о Красной Шапочке, Золушке и т. п.), и указывает на значимость в процессе возникновения сценария самого процесса рассказывания сказки, когда между взрослым и ребенком возникает особая общность. В результате жизненный план «обретает плоть», а рассказанная сказка дает ему основу, включающую героя или злодея, на которых ребенок хочет быть похожим, взаимодействующих с ними других персонажей и сюжет развития их отношений. При условии адекватности внешних обстоятельств жизненный путь человека может соответствовать плану, сложившемуся на основе определенной сказки (Э. Берн, 1992).

Е. Петрова (1995), описывая опыт экспериментального исследования волшебных русских сказок в рамках гештальт-подхода, высказывает интересную мысль о том, что с людьми, когда они рассказывают и слушают сказки, происходит нечто важное в эмоциональном и телесном плане, причем это *нечто* выходит за пределы личного опыта, так как слушатели сказок — дети. Сначала проявляются проекции личности (то, что актуально сейчас; то, что происходит со мной в моих контактах с миром; то, что я могу осознать как свою роль), затем культурные мотивы, сценарии (например, что такое летать и не летать) и следующий уровень, не выразимый словом, где ребенок как будто интуитивно постигает смысл происходящего без всяких объяснений (Е. Петрова, 1995).

437

Некоторые сюжеты сказок, по наблюдению Е. Петровой, воспроизводят типы возрастных кризисов (конфликтов) по Эрику Эриксону (1996) и указывают возможности их разрешения. Каждый этап возрастного развития ребенка «обслуживается» определенной сказкой, и именно эта сказка создает предпосылки следующего периода психического развития (B. Bettelheim, 1975). Психотерапия сказкой существует как минимум несколько тысячелетий. Единственное условие пользования этой эффективной системой — отказ от интеллектуальных интерпретаций и полноценное принятие всей гаммы переживаний, через которые ведет система образов волшебной сказки главного героя, так что лучший способ — просто слушать и переживать (Е. Петрова, 1995).

Сказки можно использовать в качестве основы построения терапевтической метафоры. В практической работе с успехом применяется методика «Обоюдного рассказа». Психотерапевтический сеанс начинается с предложения ребенку сочинить рассказ и ознакомления его с условиями выполнения задания (рассказ должен быть увлекательным, у него должны быть начало, середина и конец и т. д.). Когда рассказ готов, психотерапевт знакомится с ним с точки зрения «психологического смысла». Учитывая полученную из рассказа информацию, психотерапевт сочиняет свой рассказ с теми же действующими лицами и с той же фабулой, но вплетая в ткань повествования моменты «более здоровой адаптации», которые отсутствуют в рассказе ребенка (R. Gardner, 1971). Джой Миллс и Ричард Кроули (1986), модифицировав этот прием, сочли наиболее конструктивным построение метафоры — сказки со схожей ситуацией, что дает ребенку возможность отвлечься от своей проблемы, активизирует его ответные реакции, исключая воздействие уже сложившихся на сознательном уровне установок. Практический материал, который они приводят в подтверждение своих положений, посвящен вопросам разрешения не только детских, но и подростковых проблем, психологической помощи в период взросления.

438

Идеомоторные методы гипносуггестии

Эти методы отличаются от методов, основанных на представлении о движении, поскольку последние не обязательно включают реальные движения, хотя они и могут наблюдаться.

Идеомоторные методы требуют от ребенка мысленного сосредоточения на представлении о движении какой-либо части тела; далее это движение совершается непроизвольно.

Применение этих методов особенно полезно в тех случаях,, когда психотерапевт стремится внедрить в сознание ребенка мысль о том, что он способен преодолеть боль и другие состояния, казавшиеся ему прежде непреодолимыми.

Идеомоторные методы применяются начиная с младшего школьного возраста, хотя в отдельных случаях оправданно их использование и у детей более раннего возраста.

1. «Схождение рук». «Вытяни свои руки прямо вперед, ладони обращены друг к другу, расстояние между ними около 30 см. Хорошо... Теперь представь, что в каждой твоей ладони заключен сильный магнит. Ты знаешь, как магниты притягивают друг друга. Просто представь себе эти два сильных магнита, и ты сможешь заметить, что твои руки начали приближаться друг к другу сами по себе, без каких-либо усилий с твоей стороны. Хорошо... Заметь, что чем больше приближаются магниты, тем сильнее они притягивают друг друга. И чем сильнее они притягивают друг друга, тем ближе, теснее сходятся твои руки. Скоро они соприкоснутся. Когда это произойдет, просто освободись от этих воображаемых магнитов, придай своим рукам удобное положение, сделай глубокий вдох и полностью расслабься на выдохе.»
2. «Левитация руки» (детский вариант). «Положи свои руки на подлокотник кресла, придай им удобное положение. Теперь представь веревочку, обернутую вокруг твоего запястья, и большой, яркий воздушный шар, привязанный к другому концу веревки. Шар настолько легок, легче воздуха, что может взлетать сам по

439

себе. Когда ты сосредоточишься на легкости этого шара, ты сможешь заметить, что эта рука тоже начинает становиться легкой. (Смена выражения «твоя рука» на «эта рука» облегчает диссоциацию.) Скоро один из пальцев может начать становиться очень легким. Один из пальцев может начать подниматься.»
Внимательно наблюдайте за движениями каждого пальца и комментируйте их соответствующим образом:
«Хорошо, я вижу, что этот палец приподнялся. Интересно, какой палец поднимется следующим? Еще один палец приподнялся (целесообразно назвать, какой). Теперь — вся ладонь. Сосредоточься на воздушном шаре и чувстве легкости в руке. Чем выше рука поднимается, тем легче становится. Чем легче становится, тем выше поднимается. Просто плавает сама по себе. Теперь представь легкий ветерок. Эта рука плывет вверх либо вниз или просто останавливается там, где она находится сейчас. Очень приятное чувство расслабления, отдыха во всем теле. Ты можешь дать этой руке еще поплавать в воздухе или представить, что веревочка отвязалась и воздушный шар взлетает вверх, и рука медленно опускается, и спокойно отдыхает в удобной позе. Очень легко. Никакого усилия». Если ребенок чувствует тяжесть в руке, психотерапевт может вызвать сначала каталепсию руки, а затем внушить дальнейшие движения.
3. «Опускание руки». «Вытяни руку прямо перед собой — с ладонью, обращенной вверх. (Следует помочь ребенку, если это необходимо.) Хорошо... Теперь представь, что я кладу тяжелую книгу на эту руку. (Маленьким детям легче бывает представить камень.) Ты можешь заметить, что рука начинает становиться тяжелой. Теперь представь, что я кладу еще одну книгу сверху. Эта рука становится еще тяжелее. Скоро ей захочется опуститься. Когда ты почувствуешь тяжесть, просто дай ей опуститься. Тяжелее и тяжелее, ниже и ниже... Я вижу, как она опускается. Хорошо. Пусть она опустится.»
При необходимости можно увеличить число воображаемых книг, камешков и т. п.
У тех немногих детей, которые сопротивляются проведению этого метода, можно плавно перейти к методикам «Ригидность руки» и «Каталепсия руки».

440

4. «Опускание пальца». Этот метод подходит для детей младшего возраста и может быть использован у более старших детей, для которых метод «опускания руки» труден вследствие резкой физической слабости. Психотерапевт помогает ребенку удобно разместить мизинец на кровати или подлокотнике кресла, в то время как остальные пальцы простираются в воздухе.
«Представь, что мизинец приятно отдыхает на подлокотнике кресла. Остальные пальцы тоже хотят отдохнуть. Наблюдай за ними. Сейчас они начнут опускаться все ниже и ниже, чтобы отдохнуть. Интересно, какой палец опустится первым? Смотри, этот палец опускается. Когда они все опустятся и начнут отдыхать, ты почувствуешь себя очень спокойно. Ты можешь закрыть глаза, если хочешь. Становится все спокойнее и удобнее...»
5. «Ригидность руки». «Вытяни одну руку прямо в сторону от туловища и напряги ее. Представь, что рука очень сильная, она подобна прямой, крепкой ветви дерева. Она становится все сильнее и сильнее. Такая сильная, что ты не можешь опустить ее вниз, не можешь согнуть ее. Рука очень сильная. Она может стать такой сильной, мощной, какой ей захочется». Далее следует провести внушения, направленные на повышение ребенком собственной самооценки, уверенности в себе.
6. «Могучий дуб». Этот метод очень эффективен в группе старших детей, но может также применяться у детей младшего возраста, которые не могут сидеть спокойно.
«Встань прямо, высокий и стройный, как сильный дуб. Хорошо... Пусть твои руки станут ветвями и потянутся к небу. Твои ноги становятся корнями и прорастают сквозь пол. Почувствуй, каким сильным ты стал. Очень сильным!.. Тебя невозможно сдвинуть с места. Почувствуй, как солнечные лучики и капельки дождя проникают в твои ветки и корни и делают тебя еще сильнее...» По мере углубления гипнотического транса ребенок сохраняет то положение в пространстве, которое ему придал психотерапевт (состояние каталепсии).
7. «Каталепсия руки». «Ты не возражаешь, если я подниму эту руку? Хорошо. Просто позволь ей расслабиться.

441

биться. (Если ребенок активно поднимает свою руку, следует указать ему, что сознательное усилие не нужно, и настоять на повторении движения уже без его активного участия.) Хорошо. Просто дай руке отдохнуть. Я сам подниму ее. Прекрасно. Сейчас взгляни на эту руку как на часть скульптуры или манекена, которая покачивается сама по себе. (По мере достижения состояния каталепсии, ощущаемого как «застывание» поднятой руки, психотерапевт постепенно отпускает руку ребенка.) Хорошо. Эта рука как бы плавает сама по себе. Теперь сознательно подними другую руку и почувствуй разницу. Ты уже можешь понять, что в тебе существует огромная бессознательная сила, которая помогает тебе стать таким, каким ты хочешь.»

Выбор метода гипнотизации в зависимости от возраста

Принято выделять несколько уровней развития ребенка, которым соответствуют определенные методы гипнотизации.

На доречевом уровне (0—2 года) используются: тактильная стимуляция — поглаживание; кинестетическая стимуляция — укачивание; аудиальная (слуховая) стимуляция — колыбельная песенка; визуальная стимуляция — подвесные игрушки и другие объекты, которые изменяют свои форму, цвет или расположение.

На раннем речевом уровне (2—4 года) применимы методики: «Рассказывание сказок», «Любимое занятие», разговор с ребенком от имени куклы или домашнего животного.

В дошкольном и младшем школьном возрасте (4— 8 лет) предпочтительны методы: «Любимое место», «Множественные животные», «Цветник», «Рассказывание сказок», «Счет букв», «Телевизионные фантазии», «Прыгающий мяч», «Занятия на игровой площадке».

В среднем школьном возрасте (9—12 лет) рекомендуется использовать следующие методы: «Любимое место»; «Любимое занятие»; «Пристальный взгляд на облака»; «Ковер-самолет»; «Езда на велосипеде»; «Опускание руки»; «Любимая музыка»; «Совместное движение рук»; «Ригидность руки» (каталепсия руки).

У подростков **(13**—18 лет) применимы методы:

«Любимое место»; «Занятия спортом»; «Каталепсия руки»; «Вождение автомобиля»; «Левитация руки», а также практически любой метод гипнотизации у взрослых.

Гипноанальгезия в детском возрасте:
общие принципы

Болевые синдромы различной этиологии, а также болезненные медицинские манипуляции являются частыми причинами психической травматизации детей.

В работе с детьми, страдающими от боли, целесообразно использовать следующие принципы, сформированные в ходе многолетней практики отечественными и зарубежными гипнотерапевтами (С. Я. Долецкий, С. А. Шульман, 1979; В. Е. Рожнов, Б. 3. Драпкин, 1979; В. Е. Рожнов, А. К. Мацанов, 1979).

• При обучении ребенка гипноанальгезии следует сосредоточить внимание на позитивных моментах, выражая уверенность в его силах, оставляя за ним выбор времени и методики занятий, а также наиболее близких внушаемых образов.

• Психотерапевт должен проанализировать свое собственное отношение к боли. Поскольку многие из нас с детства имеют достаточный негативный опыт болевых ощущений, мы можем «проецировать» его на наших пациентов. Психотерапевт, который не верит в способность детей преодолеть боль, вряд ли поможет в этом детям.

• Следует учитывать ожидания и установки родителей.

• Следует получить согласие на применение гипноанальгезии других участников лечебного процесса (в первую очередь лечащих врачей терапевтического и хирургического профиля).

Вводная беседа, предшествующая применению гипноанальгезии, должна проводиться с учетом сферы интересов и уровня развития ребенка, характера и степени тяжести его заболевания, пожеланий родителей. Некоторые подростки нуждаются в детальных разъяснениях, включающих описания строения нервной системы и ее

проводящих путей. Для детей младшего возраста более предпочтительны краткие объяснения. Детям школьного возраста может быть понятно представление о том, что сходные звуковые сигналы могут по-разному восприниматься нашим мозгом. Например, одинаково звучат слова «лук» (со стрелами) и «лук» (растение). Аналогично укол кожи кончиком иглы тоже может восприниматься по-разному, и человек в состоянии научиться испытывать вместо боли другие ощущения.

Полезно узнать, как ребенок представляет себе свою боль. Если ребенок говорит «жжет» или «дергает», психотерапевт может предложить альтернативные представления: «горит огонь», «клюет птица». Такой образ может быть «вставлен» в формулу внушения, например:

«если ты хочешь, мы можем затушить огонь» или «прогнать эту птицу». Конкретные образы предпочтительнее абстрактных слов. Бывает полезным дать задание ребенку «проранжировать» свою боль в цифрах. Например: 0 — боли нет, а 10 — очень сильная боль. Подобно взрослым, дети хорошо оценивают интенсивность боли в разные моменты времени и бывают довольны, если «цифровые показатели боли» уменьшаются.

В процессе обучения ребенка гипноанальгезии целесообразно по мере достижения состояния релаксации включать формулы внушения, направленные на снятие чувства боли. Исследования показывают, что релаксация сама по себе способна снижать болевые ощущения, в особенности если существенным компонентом боли является тревога, но более надежное устранение боли достигается путем внушения анальгезии (E. R. Hilgard, J. R Hilgard, 1975).

Гипнотерапия, направленная на контролирование чувства боли, имеет ряд позитивных «побочных эффектов», особенно в случае хронических, угрожающих жизни ребенка заболеваний: уменьшение тревоги, усиление чувства уверенности и надежды, укрепление внутрисемейных взаимоотношений и сотрудничества с лечащими врачами.

Некоторые дети с трудом верят тому, что боль можно облегчить с помощью гипноза. В таких случаях бывает полезно продемонстрировать ребенку другие гипнотиче-

ские феномены, такие как каталепсия или левитация руки, которые поражают воображение ребенка и повышают доверие к возможностям психотерапии.

В процессе психотерапии лучше не использовать точные указания того, когда и как пройдет боль, например:

«Боль пройдет через десять минут» или «Болезненное жжение прекратится, едва я сосчитаю до пяти», так как если «предсказание» не осуществится, психотерапевт может утратить доверие ребенка-пациента, и все последующие внушения окажутся бесполезными.

Во время вводного сеанса допустимо (а часто и необходимо) присутствие родителей и других членов семьи больного ребенка.

Техника гипноанальгезии у детей и подростков

Обычно методы используются в комбинации. Каждый из них включает диссоциативное внушение — прямое или косвенное. Заметьте, как слова «эта рука» отличаются от слов «твоя рука».

Прямые внушения анальгезии

1. *Вызывание чувства онемения.* «Ты знаешь, что бывает чувство онемения. Как ты представляешь его себе? (Ответ.) Хорошо, теперь пусть эта часть твоего тела, которая болит, онемеет. Она онемела, как кусок льда (или иней — образ, который ребенок способен представить).»
2. *Локальная анестезия.* «Представь инъекцию обезболивающего вещества в эту часть тела. Почувствуй, как лекарство распространяется по твоему телу, заметь, как эта часть тела становится онемевшей.»
3. *Анестезия по типу «перчаток».* «Сосредоточь внимание на своей руке. Заметь что ты можешь почувствовать легкое покалывание в этой руке. Затем пусть она онемеет. Когда она совсем онемеет, прикоснись этой рукой к своему подбородку (или другой части тела), и

445

пусть чувство онемения перейдет с руки на челюсть (перед проведением стоматологических процедур).»

Внушение чувств, противоположных боли

1. *Комфорт.* «Вспомни время, когда ты чувствовал себя очень удобно, очень хорошо. Теперь перенеси эти приятные чувства в настоящее. Ты можешь дать приятным чувствам наполнить все твое тело и сознание полностью, чтобы не осталось места для неприятных чувств. Ты можешь чувствовать себя совершенно удобно, и ты можешь сохранить эти приятные чувства надолго — настолько, насколько захочешь.»
2. *Смех.* «Смех помогает прогнать боль. Подумай о самом смешном кино, которое ты когда-либо видел, или о самой забавной проделке, которую устроили ты или твой друг. Каждый момент, когда ты представляешь, чувствуешь смех и веселье, твоя боль становится все меньше и меньше. Ты можешь действительно засмеяться и почувствовать себя очень хорошо.»
3. *Расслабление.* «Сосредоточься на выдохе, это помогает расслабиться. Если ты полностью расслабишься на выдохе, то сможешь уменьшить боль. Прислушайся к ритму своего дыхания. Расслабляйся все глубже с каждым выдохом. Ты можешь убедиться, что уменьшил свою боль наполовину. А затем еще наполовину... Используй свою энергию, чтобы она помогла тебе почувствовать себя лучше.»

Методы отвлечения

1. *Сосредоточение на нейтральных представлениях.* Дети младшего возраста часто испытывают облегчение боли, если психотерапевт рассказывает им сказку или в ее привычной форме, или с забавными изменениями, такими как замена персонажей («Жили-были три маленьких волчонка и большая гадкая свинья») или их ролей.
Детей старшего возраста можно отвлечь, заняв их разговором об увлечениях, таких как спорт или музыка.

446

2. *Сосредоточение на самой процедуре.* Этот метод особенно полезен для детей, основной защитный механизм которых — осознание угрозы. Психотерапевт в случае болезненной процедуры описывает различные инструменты и просит ребенка помочь, подержать инструменты, перевязочные материалы, сосчитать число швов.
3. *Сосредоточение на «меньшем из двух зол».* Если ребенок испытывает одновременно боль и чувство холода, психотерапевт может сосредоточить его внимание на холоде. Если ребенку предстоят одновременно, например, спинальная пункция и внутривенная инъекция, психотерапевт сосредоточивает его внимание на инъекции...
4. *Удаление боли прочь из своего тела.* «Представь на минутку, что эта рука (или другая часть тела) не принадлежит тебе. Думай о ней, как о части скульптуры либо игрушки, или представь картину, что она просто плавает сама по себе. »
5. *Перенос боли на другую часть тела.* «Представь, что неприятные ощущения от спинальной пункции (или пункции щитовидной железы) перешли на мизинец твоей правой руки. Скажи мне, насколько больно мизинчику. Хорошо... Теперь пусть боль уплывает...»
6. *Удаление прочь от боли.* «Ты говорил, что любишь бывать в горах. Представь себя там сейчас. Позволь себе действительно быть там. Просто оставь все неприятности и будь в горах. Смотри на деревья и цветы. Взгляни, как играют белочки. Ты можешь покормить их, если захочешь. Вдохни свежий воздух, напоенный сосновым ароматом. Почувствуй дуновение нежного ветерка. Прислушайся к журчанию ручья.»

Внимание, обращенное на само чувство боли

По различным причинам некоторые дети отказываются или неспособны сосредоточить внимание на чем-либо, кроме чувства боли. Психотерапевт может использовать подобные реакции с пользой для ребенка. Присоединяясь к ребенку и прося его в деталях описать боль, психотерапевт дает косвенные внушения, направ-

447

ленные на облегчение чувства боли. Помогает также техника «Путаницы», например «Светящийся шар».

«Представь, что ты находишься внутри светящегося шара и можешь видеть себя ходящим по карте своей боли. Сосредоточь внимание на этой боли. Представь ее в цвете — в твоем самом нелюбимом цвете. Я скажу тебе проверить

это позже. Заметь, какого она размера. Она может быть размером с виноградину или с лимон. Даже булавочная головка имеет свой размер. Мы проверим размер позже. И обрати внимание на форму. Какой формы она теперь? И что она говорит тебе сейчас? Как громко?..

Взгляни снова. Какого она цвета? Это интересно. Похоже, она меняет свой цвет. Удивительно, как тебе удалось этого добиться. А размер ты тоже можешь изменить? Намного меньше она стала?..

Ты хороший картограф. Ты можешь сделать все, что захочешь. Можешь чувствовать все, что захочешь. Какой формы сейчас эта боль? Ты еще слышишь ее?..»

Дети старшего возраста часто добиваются облегчения боли, сосредоточившись на дыхании, затем перенеся внимание на болезненную область, делая акцент на том, что боль изменяется. В дальнейшем психотерапевт может попросить ребенка сосредоточить внимание на любимой мелодии или на запахе (например, держа открытую бутылочку духов перед носом ребенка) и одновременно на чувстве боли. Ребенок постепенно учится пониманию того, что восприятие одного из двух стимулов блекнет, когда внимание смещается на другой.

ОСНОВЫ СЕМЕЙНОЙ ПСИХОТЕРАПИИ И СЕМЕЙНОГО ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ

Общие положения

Семейная психотерапия — комплекс психотерапевтических приемов и методов, направленных на лечение пациента в семье и при помощи семьи, а также на оптимизацию семейных взаимоотношений *(Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1990).*

Исходя из данного определения, можно говорить о трех аспектах понимания семейной психотерапии: оптимизация семейного окружения; психологическое воздействие на пациента, страдающего психическими и поведенческими расстройствами, с использованием группового семейного эффекта; нормализация семейных взаимоотношений психически здоровых лиц. Третий аспект выходит за рамки традиционной медицинской проблематики и обозначается как семейное консультирование.

Здоровье человека, понимаемое экспертами ВОЗ как «полное физическое, душевное и социальное благополучие», безусловно, немыслимо при отсутствии психологического комфорта в семейном окружении.

Понятие о «кризисах семьи»

Хотя, как утверждает великий классик литературы Л. Н. Толстой, все несчастливые семьи несчастливы по-своему, можно выделить ряд типичных ситуаций, в которых возможность развития «кризиса семьи» наиболее вероятна. К «нормативным» психосоциальным стрессам, воздействию которых подвергаются на различных этапах своего существования большинство семей, относятся следующие события...

Прежде всего это само вступление в брак. Известное изречение Л. Н. Толстого о том, что окончить роман свадьбой героев равносильно тому, чтобы прерывать его в том месте, где главное действующее лицо попадает в руки разбойников, можно расценить как грустную шутку, отражающую негативный жизненный опыт самого великого писателя. Проза повседневной семейной жизни заставляет молодоженов снять «розовые очки», через которые они видели друг друга в «фазе привлечения» (L. Cameron-Bandler, 1985). Как правило, вступление в брак приводит к изменению образа жизни, к смене социального статуса; для женщин немалое значение имеет также перемена фамилии, нередко приводящая к «кризису идентичности» (Э. Эриксон, 1996). С рождением ребенка во многих молодых семьях возникает ситуация "напряженного треугольника": мужья нередко вос-

принимают ситуацию так, как будто ребенок «отнял у них внимание и заботу жены».

С появлением двух и более детей к этому добавляется так называемое «сиблинговое соперничество, когда каждый из детей бессознательно или осознанно тянет «одеяло» родительской заботы и внимания на себя. Сиблинговое соперничество проявляется в разном возрасте. На кафедру психотерапии Белорусского института усовершенствования врачей обратилась женщина 42 лет, 17-летний сын которой — курсант авиационного училища — после рождения своего «позднего» братишки заявил: «Ты меня больше не любишь, тебе нужен только этот орущий кусок мяса, а я не нужен! Когда у нас начнутся тренировочные полеты, я прыгну с парашютом и не раскроюсь!..»

С помещением ребенка в детский сад и школу возникает проблема распределения обязанностей родителей по отношению к ребенку. Если стирка пеленок и уход за младенцем традиционно считается «женским делом», то по мере взросления ребенка возрастает воспитательная роль отца, к чему, однако, не все отцы оказываются морально готовыми.

При вступлении детей в «бунтарский» подростковый возраст группа сверстников как бы оспаривает родительские авторитет и власть, при этом изменение ценностных ориентации детей приходится на возраст «переоценки ценностей» самих родителей («кризис 40-летних»).

Подобное сочетание резко повышает степень угрозы развития у родителей психосоматических заболеваний.

В ходе семейного консультирования мы в подобных ситуациях нередко приводим выдержку из полушутливых воспоминаний М. Твена. «Когда мне было 15 лет, — писал он, — мне казалось, что нет никого на свете глупее моего отца. По возвращении же в отчий дом спустя несколько лет я поразился: насколько же мой отец поумнел за это время!»

Однако подобная трансформация отношений родителей с возмужавшими подростками происходит лишь в тех случаях, когда родители способны изменить «патро-

450

нажный» стиль воспитания на отношения равноправного партнерства со своими взрослеющими детьми.
Следующим «критическим этапом» в жизни семьи является профессиональная ориентация подростков. Связано это как с увеличением сложности получения образования в условиях экономического спада и возрастания конкуренции в обществе, так и с тем фактом, что родители зачастую представляют будущее своих детей исходя из собственных чаяний, опасений и несбывшихся надежд. Эти родительские проекции могут оказаться и путеводной нитью (недаром 3. Фрейд говорил о безграничной материнской любви, дающей человеку на всю его оставшуюся жизнь чувство победителя), и прокрустовым ложем, в которое молодой человек должен вписаться исходя из семейной традиции или из соображений «престижности» без учета его личностных особенностей.
Выход супругов на пенсию — один из заключительных этапов развития семейных отношений. Особенно тяжел он для людей стеничных, с лидерскими наклонностями, привыкших отождествлять себя со своей профессиональной ролью. Если они не находят для себя подходящего замещающего занятия (уход за внуками, дача и т. д.), этот этап чреват возникновением чувства неудовлетворенности жизнью, ощущения собственной бесполезности, что (на фоне осознания, что ничего уже не изменить) приводит к формированию состояния, образно и точно названного известным отечественным психологом Я. Л. Коломинским (1996) «психологическими фантомными болями».
Возможно, здесь кроется одна из причин широкого распространения депрессивных состояний и большой частоты суицидальных попыток в пожилом возрасте.
Помимо «нормативных» стрессов, общих для большинства современных семей, многие семьи на различных стадиях своего существования подвергаются воздействию таких психосоциальных стрессоров, как вынужденное переселение, безработица, болезни и т. д.
С проблемой вынужденного массового переселения Беларусь столкнулась после Чернобыльской катастрофы, оторвавшей от родных мест десятки тысяч семей.
451

Переселение, приведшее к перемене местожительства, разрыву привычных микросоциальных контактов, поставившее людей перед необходимостью заново обретать социальный статус и «место под солнцем», привело к значительному росту нарушений адаптации, психических расстройств, суицидальных попыток и самоубийств.
Дома в «каменных джунглях» Минска, в которых живут переселенцы, издалека ничем не отличаются от других: те же серые панельные «муравейники». Но, подойдя к ним поближе, невольно обращаешь внимание на маленькие резные заборчики, заботливо ухоженные грядки овощей, приютившиеся прямо у стен панельных громадин... Это ли не яркое проявление ностальгии, не убывающей с годами и десятилетиями?..

Основные принципы системной семейной психотерапии

Одним из основных современных направлений семейной психотерапии является системная (структурная) семейная психотерапия, основные принципы которой сформированы американским психотерапевтом Сальвадором Минухиным (S. Minuchin, 1978):
• семья представляет собой дифференцированное целое, подсистемы которой составляют отдельные члены или несколько членов семьи;
• каждая семейная подсистема (детская, супружеская, мужская, прородительская и т. п.) имеет специфические функции и предъявляет определенные требования к своим членам;
• психотерапия изменяет структуру семьи и приводит к изменениям поведения ее членов;
• психотерапевт, работая с семьей, временно «присоединяется» к ней, вследствие чего возникает «терапевтическая система».
Каждая из семейных подсистем имеет определенную степень свободы и автономии от других подсистем, в свою же очередь семья в целом имеет общую «внешнюю границу», отделяющую ее от внесемейного окружения (Э. Г. Эйдемиллер, 1996).
452
В дисгармоничных семьях, как правило, отмечаются крайности: избыточная ригидность или размытость (диффузность) границ семейных подсистем, а также нарушения внешних границ семьи в виде «закрытости» (девизом таких семей могло бы служить выражение «мой дом — моя крепость») либо, напротив, в ее хаотичности (наподобие «богемных» семей, в которых никто не знает, кто где находится и с кем).
Для дисгармоничных семей характерны также нарушения процессов общения на вербальном и невербальном уровне. S. Minuchin (1998) подчеркивает, что для получения правильной картины семейных взаимоотношений психотерапевт в своем анализе должен полагаться на невербальную информацию.

Этапы семейной психотерапии

Семейная психотерапия представляет собой непрерывный процесс, в котором, по А. С. Кочаряну и С. С. Кочаряну (1994), можно выделить следующие этапы:

1) психодиагностики (установление «семейного диагноза»);
2) осознания психотерапевтических механизмов семейной дисгармонии;
3) реконструкции межличностных отношений;
4) реализации вновь сформированных межличностных отношений в функционировании семьи.

В процессе установления «семейного диагноза» происходит «объединение» психотерапевта с семьей, присоединение его к предъявляемой семьей структуре ролей (S. Minuchin, 1978, 1998; Э. Эйдемиллер, 1996).

Уже при входе членов семьи в консультативный кабинет, во время их свободного рассаживания опытный взгляд психотерапевта позволяет нередко выявить внутрисемейные «коалиции», «противоборствующие группировки», «козла отпущения» и т. п. Например, в случае конфликта родителей с подростком можно наблюдать картину, когда подросток «забивается в угол», либо, напротив, демонстративно усаживается подальше от родителей. Конфликтующие супруги часто занимают места в разных концах кабинета и т. п.

453

Степень удаленности тех или иных членов семьи от психотерапевта нередко отражает их готовность или неготовность к вступлению в контакт, уровень доверия к психотерапевту.

Таким образом, свободное расположение членов семьи по отношению друг к другу и к психотерапевту способствует установлению «конструктивной дистанции» в начале психотерапевтического взаимодействия.

Важным тактическим приемом является присоединение психотерапевта к тому члену семьи, который заявляет проблему, с использованием приемов «мимезиса» (S. Minuchin, 1974, 1978, 1998), т. е. прямого и непрямого «отзеркаливания» позы, мимики и жестов, а также синхронизации дыхания (психотерапевт следит за дыхательными движениями заявителя проблемы и вставляет реплики в момент его выдоха, что зачастую воспринимается собеседником как «озвучивание» и продолжение собственных мыслей).

Следует, однако, предостеречь от «отзеркаливания» патологических изменений речи собеседника (заикание, дефекты звукопроизношения), навязчивых движений — всего того, что составляет помеху на осознанном уровне: копирование подобных недостатков, как правило, негативно воспринимается партнером по разговору.

В качестве иллюстрации позвольте привести американский анекдот. В бар на Диком Западе вваливается заикающийся ковбой: «Мне, п-пожалуйста, ... п-пива!» Услужливый бармен мгновенно отвечает: «П-пож-жалуйста, с-сэр!» Подобревший ковбой дружески хлопает по плечу «собрата по несчастью» и усаживается пить пиво. В это время приходит другой, нормально говорящий ковбой, и бармен отвечает ему без всяких признаков заикания. Взбешенный ковбой-заика подлетает к стойке: «Т-так т-ты м-меня п-п-передразниваешь?!» Бармен невозмутимо отвечает, указывая на второго собеседника: «Н-нет, эт-то я его п-передразниваю! »

По мере сбора информации о семье психотерапевт анализирует тип семейных взаимоотношений. С. Минухиным (1978) разработана остроумная и не лишенная юмора типология семей.

454

1. Семья «па-де-де», состоящая из матери и ребенка, в такой семье часто формируются симбиотические взаимоотношения. Угроза разлуки, связанная, например, с госпитализацией ребенка, может явиться основой для формирования тревожно-фобических расстройств как у ребенка, так и у матери («фобия утраты» — Э. Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкий, 1990).

2. Семья из трех поколений, в которой родители являются как бы «старшими детьми» и продолжают находиться «под опекой». Кризисы в таких семьях возникают тогда, когда «старшие родители» в силу возраста и болезней уже не способны оставаться семейными лидерами и решать все накопившиеся проблемы: «старшие дети» (уже имеющие собственных детей) при этом испытывают чувство покинутости и беспомощности.

3. «Семья с делегированием обязанностей»: в такой семье (как правило, многодетной) старшие по возрасту дети выполняют часть родительских обязанностей по уходу за малышами, оставаясь при этом в рамках «детской подсистемы». Это порождает конфликты типа «когда надо пеленки стирать — я уже большая, а на дискотеку сходить — «сиди дома, малая!»

4. «Семья с призраком», в которой чрезвычайно значимый член семьи умер или покинул семью, но образ его незримо присутствует в виде высшего морального авторитета: «Твой покойный отец осудил бы это!..» Являясь сильным моральным регулятором в традиционных обществах, «культ предков» одновременно может быть источником формирования чувства вины и комплекса неполноценности («Да, были люди в наше время — не то, что нынешнее племя ...»).

5. «Флюктуирующие семьи». Обычно это семьи военных, которых судьба перебрасывает из одного гарнизона в другой и вынуждает быстро устанавливать социальные конфликты «по горизонтали». Следует помнить, что для детей внезапная перемена местожительства, отрыв от привычной группы сверстников могут быть источниками психической травматизации. Подростки-переселенцы нередко испытывают неприятие и отвержение со стороны местных подростковых группировок.

6. «Семья-аккордеон» — к этому типу относятся семьи моряков, артистов-гастролеров и т. д. В таких

455

семьях один из ее членов (чрезвычайно значимый как источник материального благополучия) подолгу отсутствует, и оставшиеся члены семьи приучаются жить без него. Возвращение «Одиссея», перекраивающее привычный жизненный уклад, приводит к росту внутрисемейного напряжения.

Важным этапом семейной психотерапии является «формулирование терапевтического запроса» (Э. Г. Эйдемиллер, 1996).

Инициатор обращения предъявляет психотерапевту, как правило, манипулятивный запрос, который сводится к следующему: «Мой ребенок имеет симптом, мой ребенок плохо учится, мой ребенок непослушный. Сделайте так, чтобы он был другим». Такое формулирование позволяет инициатору обращения дистанцироваться от бессознательного или осознаваемого чувства вины, снять с себя ответственность за происходящее в семье и перенести ее на ребенка и

психотерапевта. Приемы мета-моделирования и психотерапевтические метафоры позволяют перевести запрос с поверхностного манипулятивного уровня на уровень осознания родителями своей неэффективности в родительской роли. Исследование членами семьи себя как неэффективных родителей позволяет им перейти к осознанию своих супружеских проблем.

Параллельно с формулированием запроса психотерапевт исследует ресурсные состояния у членов семьи. «Был ли в вашей жизни момент, когда вы вместе добивались успеха? Как вы это делали?»

На этапе формулирования терапевтического запроса важно исследовать цели, которые поставлены каждым членом семьи и которых члены семьи хотят достигнуть в ходе психотерапии. В этот момент важно перевести психотерапевтическую работу из плоскости изучения прошлого в плоскость «здесь и теперь». Экскурсии в прошлое совершаются лишь для поиска ресурсных состояний у членов семьи. Формулирование целей каждого члена семьи приводит к формированию семьи как единого психологического организма (Э. Г. Эйдемиллер, 1996).

О выходе на этап реконструкции семейных отношений в семейной психотерапии свидетельствуют откры-

тость членов семьи, изменение их расположения во время сеанса, предоставление друг другу неискаженной обратной связи и желание ее принимать.

Работа психотерапевта способствует установлению границ между подсистемами, усилению функционирования одних и соответственно связанному с этим ослаблению функционирования других подсистем. Если ранее супруги большую часть времени занимались неосознанным смешением родительского и супружеского контекстов, что приводило их, с одной стороны, к неудовлетворенности супружеством, а с другой — к появлению проблем или симптомов у ребенка, то в процессе психотерапии разделение родительского и супружеского контекстов способствует повышению их эффективности и как супругов, и как родителей.

На всем протяжении семейной психотерапии используются следующие приемы:

• сбалансированность в исследовании негативного и позитивного опыта;
• использование двухуровневой обратной связи;
• психоскульптурирование, семейная психодрама.

О завершении психотерапии свидетельствует достижение сформулированных целей. Важным является соблюдение оговоренного временного контекста. После этапа присоединения, на который уходит, как правило, 1—2 сеанса продолжительностью по 2 часа, участники психотерапии оговаривают границы временного контекста, необходимого для достижения психотерапевтических изменений. Минимальное время для реконструкции семейных отношений составляет 8 часов — 4 сессии, а максимальное время семейной психотерапии составляет 16 часов — 8 сессий Э. Г. Эйдемиллер, 1996).

Особенности семейного психологического консультирования

Семейное консультирование является разновидностью семейной психотерапии, имеющей свои отличительные признаки, границы и «объем психотерапевтического вмешательства». Семейное консультирование развива-

лось параллельно с семейной психотерапией, и эти два вида психотерапии взаимно обогащали друг друга.

Семейное консультирование ставит своей целью совместное с консультантом изучение запроса (проблемы) члена (членов) семьи для изменения ролевого взаимодействия в семье и обеспечения возможностей личностного роста (Э. Г. Эйдемиллер, 1996).

Принципиальное отличие психологического консультирования от психотерапии заключается в отказе от концепции болезни, акценте на анализе ситуации, на аспектах ролевого взаимодействия в семье, в поиске личностного ресурса субъектов консультирования и обсуждении способов разрешения ситуации — «веера решений» (Т. М. Мишина, 1983; О. А. Карабанова, 1991).

Многообразие приемов и методов семейного консультирования обусловлено различием теоретических концепций, среди которых ведущими в настоящее время являются когнитивно-поведенческая психотерапия, в том числе ее разновидность — рационально-эмотивная терапия (RET) (A. Ellis, 1962), а также системное направление (С. Минухин, Ч. Фишман, 1998).

Интегрируя практические приемы проведения семейного консультирования представителями вышеперечисленных школ, можно сформулировать следующие основные принципы и правила семейного консультирования.

1. Установление раппорта и Присоединение консультанта к пациентам. Достигается с помощью соблюдения конструктивной дистанции, помогающей оптимальному общению, а также с помощью приемов «мимезиса», синхронизации дыхания консультанта и «заявителя» проблемы, использования предикатов речи, отражающих доминирующую репрезентативную систему того, кто делает сообщение о семейной проблеме.

2. Сбор информации о проблеме пациента с использованием приемов мета-моделирования и терапевтических метафор (Э. Г. Эйдемиллер, 1996). Субъективизации психотерапевтической цели способствовали такие вопросы: «Чего Вы хотите?», «Какого результата Вы хотите достигнуть?», «Пожалуйста, попробуйте сказать об этом

без отрицательной частицы «не», в выражениях положительного результата».

3. Обсуждение психотерапевтического контракта. Эта часть проведения консультирования признается многими специалистами как одна из самых важных. Обсуждается распределение ответственности: консультант обычно отвечает за условия безопасности консультации, технологии доступа к разрешению проблемы пациента, а пациент отвечает за собственные активность, искренность, желание осуществлять изменения своего ролевого поведения и др. Затем участники консультирования обсуждают продолжительность работы (в среднем общее время консультирования — 3—6 часов) и длительность одного сеанса консультирования. Также следует обсудить периодичность встреч. В практике семейного консультирования используется постепенное урежение сессий — вначале одна сессия в неделю, а потом в 2—3 недели.

4. Уточнение проблемы пациента с целью максимальной ее субъективизации и тестирование ресурсов семьи в целом и каждого ее члена в отдельности. Этому помогают вопросы типа: «Как раньше Вы справлялись с трудностями, что Вам помогало?»; «В каких ситуациях Вы были сильными, как Вы использовали свою силу?»

5. Проведение собственно консультации. Необходимо укрепить веру пациентов в успешность и безопасность процедуры консультирования с помощью утверждений такого содержания: «Ваше желание осуществить изменения, Ваш прежний опыт, активность и искренность в сочетании с желанием консультанта сотрудничать с Вами, его профессиональные качества и опыт будут надежной гарантией успешности работы.»

С участниками консультирования обсуждают положительные и отрицательные стороны сложившихся стереотипов поведения. Здесь возможны вопросы: «Что в сложившихся обстоятельствах является для Вас самым плохим?»; «Что самого хорошего есть в обсуждаемой ситуации? »

Затем проводится совместный поиск новых шаблонов поведения — «веера решений». Консультант предлагает

459

следующие вопросы: «Чего Вы еще не делали, чтобы решить проблему?»; «Как вели себя значимые для Вас люди, оказавшись в похожей ситуации?»; «А Вы так смогли бы поступить?»; «Что **Вам** поможет совершить такой же поступок?»

Возможно использование приемов визуализации — пациенты, находясь в трансе (а этому способствует «точное следование по маршруту проблемы заявителя»), создают образ новой ситуации и фиксируют возникающие при этом ощущения.

6. «Экологическая проверка». Консультант предлагает членам семьи представить себя в сходной ситуации через 5—10 лет и исследовать свое состояние.

Приближаясь к завершению консультирования, консультант предпринимает усилия по «страхованию результата». Это связано с тем, что иногда пациенты нуждаются в некоторых действиях, способствующих обретению ими уверенности, осваивая новые шаблоны поведения. Они могут получить от консультанта какое-нибудь домашнее задание, приглашение прийти на повторную консультацию спустя какое-то время для обсуждения полученных результатов.

В ряде случаев необходимо произвести процедуру «отсоединения». Она может произойти автоматически при сравнении пациентами заявленной цели и обретенного результата, но в ряде случаев консультант вынужден стимулировать отсоединение. Джей Хейли (J. Haley, 1976) с этой целью часто использует «парадоксальные задания», точное выполнение которых приводит к результату, прямо противоположному заданию. К примеру, двум молодым супругам, которые конфликтовали по поводу того, как выражать свои чувства: открыто или сдерживая их, он в конце консультации предложил такое задание: «На протяжении недели ссорьтесь по одному часу в сутки с целью проверки своего эмоционального реагирования». Д. Хейли исходил из знания человеческой природы, что никто сознательно не будет делать себе и другому что-то плохое. У супругов, которые попробовали выполнять это задание и бросили его, наоборот, укрепилось желание ценить друг друга, и они со-

460

гласованно приняли решение отказаться от услуг «странного» консультанта.

В настоящее время семейное консультирование является одним из наиболее востребованных населением Республики Беларусь видов психотерапевтической помощи. Помимо системы здравоохранения, семейные консультанты появляются в системе образования — в психологических центрах, непосредственно в школах, а также в консультациях, действующих в системе Министерства социального обеспечения.

461

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Вопрос № 1.

Кто автор метода рациональной психотерапии?

1) Форель;
2) Дюбуа;
3) Павлов;
4) Бехтерев;
5) Фрейд.

Вопрос № 2. Основой рациональной психотерапия является:

1) разъяснение;
2) внушение;
3) логическая аргументация;
4) коррекция личности;
5) деонтология.

Вопрос № 3.

В процессе рациональной психотерапии основным в работе врача с пациентом является вопрос:
1) каким пациент себя считает?
2) каким он хочет быть в оценке окружающих?
3) каков он на самом деле?
4) какой ущерб наносит ему болезнь?
5) все перечисленное.

Вопрос № 4. Внутренняя картина болезни — это понятие:

1) социальное;
2) психологическое;
3) клиническое;
4) социально-психологическое;
5) и социальное, и психологическое, и клиническое.

Вопрос № 5. Субъективная картина болезни проявляется:

1) на сенсорном уровне;
2) на эмоциональном уровне;
3) на интеллектуальном уровне;
4) на всех трех указанных уровнях.

Вопрос № 6. Основным достоинством рациональной психотерапии является:

462

1) активное участие больного в процессе лечения;
2) быстрое достижение лечебного эффекта;
3) отсутствие противопоказаний;
4) возможность широкого использования метода;
5) экономичность.

Вопрос № 7,

Закон непоследовательности мышления сформулировал:
1) Платон;
2) Гельвеций;
3) Аристотель;
4) Плутарх;
5) Геродот.

Вопрос № 8.

Показаниями к рациональной психотерапии являются прежде всего:
1) невроз навязчивых состояний;
2) психопатия психастенического круга;
3) сексуальные неврозы;
4) истерический невроз;
5) все перечисленное.

Вопрос № 9.

Самовнушение — это внушение самому себе:
1) мыслей;
2) ощущений;
3) желаний;
4) образов;
5) всего перечисленного.

Вопрос №10. Метод Куэ — это:

1) непроизвольное самовнушение;
2) произвольное самовнушение;
3) психологическая саморегуляция;
4) аутогенная тренировка;
5) психомышечная тренировка.

Вопрос №11.

К методам самовнушения относится все нижеперечисленное за исключением:
1) прогрессивной мышечной релаксации;
2) метода Куэ;
3) йоги;

4) медитации;
5) гипносуггестии.
Вопрос № 12.
Во время сеанса произвольного самовнушения формулу рекомендуется повторять:
1) 5 раз;

463
2) 10 раз;
3) 15 раз;
4) 20 раз;
5) 30 раз.
Вопрос №13.
Точное название метода, предложенного Джекобсоном:
1) психофизиологическая саморегуляция;
2) прогрессивная мышечная релаксация;
3) сосредоточенное саморасслабление;
4) мышечная деконцентрация;
5) саморегуляция мышечного тонуса.
Вопрос №14.
Под дифференцированной релаксацией Джекобсон понимал состояние:
1) психической активности;
2) двигательной активности;
3) противоположное психической активности;
4) нервно-психического напряжения;
5) расслабления мышц.
Вопрос № 15.
Упражнения прогрессивной мышечной релаксации в группе продолжаются:
1) 20 минут;
2) 30 минут;
3) 60 минут;
4) 1,5 часа;
5) 2 часа.
Вопрос №16.
Главное в йоге — это учение о:
1) самосознании;
2) самосозерцании;
3) филофской системе;
4) самопознании;
5) самоосвобождении.
Вопрос №17. Какой ступенью йоги являются позы (асаны):
1) первой;
2) второй;
3) третьей;
4) четвертой;
5) пятой.
Вопрос №18.
Последние четыре ступени йоги направлены на:
1) психологическую подготовку;
2) физическую подготовку;
464

3) психологическую и физическую подготовку;
4) тренировку психических процессов;
б) все перечисленное.
Вопрос № 19. Основой технической системы лайя-йоги является:
1) пранаяма;
2) асаны;
3) нияма;
4) йама;
б) медитация.
Вопрос № 20. *Медитация —это:*
1) навязчивая мысль, мотив, образ;
2) способность сосредоточиваться на чем угодно и не думать о том, что мешает в данный момент;

3) неспособность сосредоточиться на одной мысли;
4) глубокое погружение в размышление над какой-либо проблемой;
б) все формулировки правильны.
Вопрос № 21. С современных позиций медитация является одной из форм:

1) онейроидного состояния сознания;
2) аутогипнотизации;
3) сумеречного сознания;
4) состояния сомноленции;
б) глубокого оглушения.
Вопрос № 22.

Цель медитативной практики —
1) повышение интеллектуальных способностей;
2) выработка чувства глубинного спокойствия;
3) улучшение памяти, ликвидация бессонницы;
4) повышение выносливости организма и устойчивости к разного рода заболеваниям;
5) все перечисленное.

Вопрос № 23.

Термин «аутогенная тренировка» (АТ) ввел:
1)Куэ;
2) Бодуэн;
3) Шульц;
4) Джекобсон;
б) Фрейд.
Вопрос № 24. В основе аутогенной тренировки лежит:

1) произвольное самовнушение;

2) йога;
3) мышечная релаксация;
4) рациональная психотерапия;
б) все перечисленное.
Вопрос № 25.

Полный курс аутогенной тренировки по Шульцу рассчитан на:
1) 2—3 месяца;
2) 4—6 месяцев;
3) 6—9 месяцев;
4) 9—12 месяцев;
5) 1,6—2 года.
Вопрос № 26.

Третье упражнение аутогенной тренировки направлено на:
1) регуляцию дыхания;
2) регуляцию ритма сердечной деятельности;
3) вызывание чувства тяжести и тепла в ногах;
4) прогревание живота;
5) вызывание ощущения прохлады в области лба.
Вопрос № 27.

Первая ступень аутогенной тренировки включает:
1) 2 упражнения;
2) 3 упражнения;
3) 4 упражнения;
4) 5 упражнений;
5) 6 упражнений.
Вопрос № 28.

Первые 3 месяца сеансы самовнушения по Шульцу продолжаются:
1) 1—3 минуты;
2) 5 минут;
3) 10 минут;
4) до 30 минут;
5) до 1 часа.

Вопрос № 29.

Четвертое упражнение аутогенной тренировки-2 —это медитация на:
1) цвете;

2) образе;
3) абстрактной идее;
4) эмоциональном состоянии;
5) человеке.
Вопрос № 30.
Упражнения по аутогенной нейтрализации включают:
1) ответ *бессознательного;*
2) медитацию на эмоциональном состоянии;
3) медитацию на образе;

4) аутогенное отреагирование;
5) аутогенную вербализацию.
Вопрос № 31.
Автором направленной органотренировки является:
1) Лутэ;
2) Лобзиы;
3) Свядощ;
4) Ромен;
5) Клейнзорге-Клюмбиес;
Вопрос №32. Психотоническая тренировка по Мировскому — Шогаму направлена на:
1) расслабление;
2) успокоение;
3) стимулирование;
4) органы брюшной полости;
5) вызывание определенных цветовых представлений.
Вопрос *№ 33.*
Какие из перечисленных элементов лежат в основе психомышечной тренировки по А. В. Алексееву:
1) умение расслабиться;
2) способность максимально ярко, но не напрягаясь, представить содержание формул самовнушения;
3) умение удерживать внимание на избранном объекте;
4) умение воздействовать на самого себя нужными словесными формулами;
б) все перечисленные.
Вопрос № 34.
Для проведения сеанса аутогенной тренировки-1 в сочетании с обратной биологической связью можно использовать:
1) оксигемограф;
2) электромиограф;
3) полиграф;
4) электроэнцефалограф;
5) любой из указанных аппаратов.
Вопрос № *35.* Какие из указанных этапов включает метод внушения в гипнозе:
1) подготовительный;
2) гипнотизации;
3) лечебного внушения в состоянии гипноза;
4) дегипнотизации с постгипнотическим внушением;
5) все указанные.
Вопрос № 36.
Какие пациенты могут делать интенсивный перенос на психотерапевта-мужчину:

1) пациенты с МДП (маниакальная фаза);
2) пациенты с антисоциальной установкой;
3) женщины за 40 лет, любящие жаловаться;
4) привлекательные молодые женщины;
5) все перечисленные лица.
Вопрос №37. Проводить гипнотерапию имеет право:
1) человек, имеющий высшее медицинское образование;
2) любой человек;
3) любой человек, имеющий медицинское образование;

4) врач-психиатр;
5) врач, имеющий специальную подготовку по психотерапии,
Вопрос № 38. Термин «антисуггестивный барьер» ввел:

1) Шарко;
2) Бехтерев;
3) Тохарский;
4) Данилевский;
5) Вельвовский.
Вопрос № 39.

Цель предварительной беседы во время гипносуггестии заключается в:
1) повышении у пациента интереса к лечению;
2) усилении уверенности в успехе;
3) подготовке к последующей суггестии в гипнозе;
4) получении согласия на проводимое лечение;
б) все перечисленные факторы важны.
Вопрос № 40. Восприимчивость к гипнозу зависит от:

1) личности гипнотизируемого;
2) личности гипнотизера;
3) степени внушаемости;
4) расы, пола, социального положения гипнотизируемого;
5) многочисленных интер- и интраперсональных отношений.
Вопрос № 41. *Гипнозу поддаются:*

1) 50 % людей;
2) 80 % людей;
3) только больные;
4) практически все;
5) степень гипнабельности различна у всех людей.
Вопрос № 42. Хуже других поддаются гипнозу больные:

1) истерией;
2) неврастенией;
3) психастенией;
4) перенесшие травму головы;
5) страдающие алкоголизмом.

Вопрос № 43.

Для успешного проведения гипнотерапии необходимо ввести больного в состояние:
1) сомноленции;
2) каталепсии;
3) сомнамбулизма;
4) глубина гипнотического состояния не играет решающей роли.
Вопрос № 44. Для успешного проведения гипнотерапии от пациента требуется:

1) активная помощь врачу;
2) повышенная внушаемость;
3) сосредоточенное внимание;
4) спокойная пассивность;
5) незначительное противодействие врачу.
Вопрос № 46.

Тесты на внушаемость призваны помочь:
1) врачу обрести уверенность в собственных возможностях;
2) пациенту поверить в свою способность получить внушения;
3) врачу погрузить пациента в гипнотическое состояние;
4) усилить глубину гипнотического сна;
б) все перечисленное верно.
Вопрос № 46.

Во время гипнотического сна:
1) формализуются нервные процессы;
2) улучшается кровообращение;
3) укрепляется память;
4) усиливается воля;
5) возможно все перечисленное.
Вопрос № 47. Психотерапевтическая триада В. М. Бехтерева включает в себя:

1) разъяснительную беседу рационального плана;

2) обучение вызывания ощущения тяжести;
3) внушение в гипнозе;
4) нервно-мышечную релаксацию;
5) обучение участников группы формулам самовнушения.
Вопрос № 48. К методам гипнотизации без словесного внушения относятся:

1) пассы Месмера;

2) метод фиксации Брейда — Льебо;
3) метод фасцинации;
4) фракционный гипноз;
5) все перечисленное.

Вопрос № 49.

Один из методов гипнотизирования — фасцинацию разработал:
1) Фариа;
2) Льебо;
3) Бернгейм;
4) Шарко;
б) Эриксон.

Вопрос № 50.

Для погружения в гипноз необходимо воздействие на:
1) зрительный анализатор;
2) слуховой анализатор;
3) кожный анализатор;
4) все анализаторы одновременно;
б) один из анализаторов.

Вопрос № 51.

Для погружения в гипноз лучше применять:
1) слабые монотонные раздражители;
2) полифонические раздражители;
3) сильные раздражители;
4) словесное внушение;
б) сочетание вербального внушения с воздействием слабых монотонных раздражителей.

Вопрос № 52.

Лечебная эффективность внушения в гипнозе зависит от:
1) глубины гипнотического сна;
2) быстроты погружения в гипнотический сон;
3) продолжительности сна;
4) содержания лечебного внушения;
б) всего перечисленного.

Вопрос № 53.

Какие внушения относятся к общим во время лечебной суггестии:
1) снимающие болезненные симптомы и вызванные ими дискомфортные состояния;
2) улучшающие общее самочувствие, повышающие тонус;
3) вызывающие безразличие к травмирующим ситуациям;
4) устойчивые, тесно связанные с существом болезни патологические явления;
б) охватывающие разные стороны болезни.

Вопрос № 54,

К специальным внушениям применимы все перечисленные требования за исключением:

1) конкретности;
2) индивидуализированности;
3) они должны быть одинаковы при одном и том же заболевании;
4) они должны быть связаны с этапом лечения;
5) они должны быть зависимы от жалоб больного.

Вопрос № 55.

Для легкого транса характерна:
1) полная физическая релаксация;
2) частичная амнезия;

3) каталепсия конечностей;
4) постгипнотическая амнезия;
5) нарушенная ориентировка.
Вопрос № 56. Для транса среднего уровня характерна:

1) офтальмоплегия;
2) ригидная каталепсия;
3) полная физическая релаксация;
4) частичная амнезия;
5) анестезия по типу перчаток.
Вопрос №57.

Для глубокого транса характерно:
1) способность открывать глаза во время транса;
2) системная постгипнотическая амнезия;
3) гиперестезия;
4) все перечисленное.
Вопрос № 58.

Каталепсия наблюдается:
1) в первой стадии гипноза;
2) во второй стадии;
3) в третьей стадии;
4) во всех стадиях;
б) не наблюдается ни в одной из стадий.
Вопрос № 59.

О глубине транса нельзя судить по:
1) дыханию больного;
2) цвету кожи лица;
3) восприятию голоса врача;
4) реакции на посторонние звуки;
5) отсутствию дрожания век.
Вопрос №60. Для истерической сомнамбулы характерно:

1) полная утрата контакта;
2) сохранение частичного контакта;

8) тотальная амнезия;
4) все из перечисленного;
б) не характерно ничего из перечисленного.

Вопрос № 61.

Гипносуггестивная терапия показана при всех состояних за исключением:
1) психогенного мутизма;
2) респираторных тиков;
3) наркомании;
4) выраженных интоксикаций;
б) беременности.
Вопрос № 62.

Противопоказанием для гипносуггестии являются:
1) склонность к конфабуляциям у детей;
2) психозы;
3) нарушение сна;
4) психогенная депрессия;
б) нарушения сознания.
Вопрос № 63. Гипнабельность повышена у:

1) взрослых;
2) детей;
3) пожилых людей;
4) слепых;
6)глухих.
Вопрос № 64.

Внушение в гипнозе наиболее эффективно при:
1) неврастении;
2) истерических моносимптомах;
3) психастении;

4) ипохондрических проявлениях;
б) депрессивном синдроме.
Вопрос № 65.

В какой из следующих ситуаций гипноз будет иметь наименьший успех:
1) дентальной анестезии;
2) удалении синдрома конверсии;
3) восстановлении функционального амнестического дефицита;
4) возрастной регрессии для восстановления детских воспоминаний;
6) улучшении обучения умственно отсталых пациентов.

Вопрос № 66.

Автором эмоционально-стрессовой терапии является:
1) Мясищев;
2) Платонов;
472
3) Каннабих;
4) Кутанин;
5) Фоменов.

Вопрос №67.

Термин «внушение престижа» может быть определен как:
1) внушение третьим лицом пациенту, что его доктор — лицо, уважаемое в медицинском мире;
2) внушение доктором пациенту своей высокой квалификации;
3) внушение, результатом которого явилось изменение личности пациента;
4) прямое или непрямое внушение, после которого исчез патологический симптом;
5) ничего из перечисленного.
Вопрос № 68.

Самым древним из перечисленных источников о воздействии врачеванием является:
1) древнеиндийский эпос «Махабхарата»;
2) египетский папирус Эберса;
3) Салернский кодекс здоровья;
4) Библия;
5) тайная книга брахманов "Атхарваведы".
Вопрос № 69. Кто ввел в практику магнитотерапию:

1) Авиценна;
2) Парацельс;
3) Месмер;
4) Франклин;
5) Брейд.
Вопрос № 70.
Теорию «магнетических флюидов» разработал:
1) Лавуазье;
2) Парацельс;
3) Месмер;
4) Франклин;
5) Брейд.
Вопрос № 71. Начало научному изучению гипноза положил:

1) Брейд;
2) Шарко;
3) Бернгейм:
4) Бонн;
5) Бюрк.
Вопрос № 72. Кто первым в России начал читать курс пшнотерапии:

473
1) Данилевский;
2) Корсаков;
3) Токарский;
4) Бехтерев;
5) Мержеевский.
Вопрос № 73. В литературе метод Эриксона известен как:

1) фракционный гипноз;
2) шоковый метод;
3) эмоционально-стрессовой гипноз;
4) метод «Сюрприз»;

б) метод поднятия руки.

Вопрос № 74. Метод Фогта—Кречмера целесообразно применять:

1) если больной малогипнабелен;
2) если у врача пет уверенности в быстром и эффективном погружении пациента в гипноз;
3) у пациентов, страдающих истерическим неврозом;
4) при невротическом заикании;
5) при ночном энурезе.

Вопрос № 75. При фазе быстрого сна отмечается все перечисленное за исключением:

1) снижения мышечного тонуса;
2) увеличения движения глазных яблок;
3) усиления гормональной активности;
4) легкости пробуждения;
б) наличия сновидений.

Вопрос № 76.

Посредством внушения в гипнозе могут быть вызваны различные феномены за исключением:
1) ярких ощущений;
2) различных представлений;
3) различных эмоциональных состояний;
4) негативных психотических проявлений;
5) изменений соматовегетативных функций.

Вопрос № 77.

Кому принадлежит образное высказывание: «Внушение в отличие от убеждения входит в сознание человека не с парадного входа, а как бы с заднего крыльца, минуя сторожа — критику»:
1) Павлову;
2) Бехтереву;
3) Мясищеву;
4) Платонову;
5) Гиляровскому.

474

Допрос *№ 78.* Внушение в бодрствующем состоянии не применяется:

1) при всех формах неврозов;
2) при острых психотических состояниях;
3) при алкоголизме;
4) при табакокурепии;
5) с целью коррекции девиантного поведения.

Вопрос № 79. Дегипнотизация по И. 3. Вельвовскому включает:

1) закрепление позитивных элементов на постгипнотический период;
2) внушение повышения гипнабельности на последующих сеансах;
3) обучение формулам самовнушения;
4) отключение пациента от привязанности к гипнопсихо-терапии;
5) все перечисленное.

Вопрос № 80.

К осложнениям при гипнотизации относится все перечисленное за исключением:
1) утраты раппорта во время сеанса;
2) спонтанного катарсиса;
3) истерического припадка;
4) сомнамбулы эпилептического генеза;
5) гипнотической летаргии.

Вопрос № 81. Метод наркопсихотерапии разработан:

1) Карвасарским;
2) Свядощем;
3) Вельвовским;
4) Лебединским;
5) Телешевской.

Вопрос № 82.

Для проведения наркопсихотерапии используются все перечисленные медикаменты за исключением:
1) раствора гексенала;
2) раствора Эвилана;
3) раствора натрия тиопентала;
4) газовой смеси кислорода и закиси азота;
5) раствора псилобипина, мескалина.

Вопрос № 83. При проведении наркопсихотерапии основными являются:

1) стадия общей активности и инициативы;
2) стадия эмоциональных сдвигов;

475

3) стадия измененного сознания;
4) стадия поверхностного сна, который быстро переходит в наркоз;
5) все перечисленные стадии.

Вопрос № 84.

Сеансы наркопсихотерапии проводят:
1) ежедневно;
2) 1 раз в месяц;
3) 1 раз в неделю;
4) 1 раз в 10 дней;
5) не реже 2 раз в неделю.

Вопрос № 85.

Продолжительность второй стадии наркогипноза составляет:
1) 5 минут;
2) 7 минут;
3) от 10 минут до часа.

Вопрос № 86.

Наркопсихотерапия применяется при всех перечисленных пограничных нервно-психических расстройствах за исключением:
1) расстройств с фобической симптоматикой;
2) расстройств с ипохондрической симптоматикой;
3) расстройств с навязчивой симптоматикой;
4) склонности к наркомании.

Вопрос №87. Противопоказанием к проведению наркопсихотерапии является:

1) заболевание печени с нарушением функции;
2) заболевание почек с нарушением функции;
3) склонность к наркомании;
4) пониженная внушаемость и гипкабельность;
5) все перечисленное.

Вопрос № 88.

Групповая терапия — это:
1) лечение людей в группе;
2) метод, при котором с лечебной целью используется групповая динамика;
3) отношения и взаимодействия членов группы как с психотерапевтом, так и между собой;
4) одна из форм коллективной психотерапии;
5) все перечисленное.

Вопрос № 89.

В групповой психотерапии применяется все нижеперечисленное за исключением:
1) вербального воздействия;
2) невербального воздействия;

476

3) ориентировки на активизацию личности больного;
4) директивной психотерапии;
5) взаимодействия пациента со специально организованной управляемой средой.

Вопрос № *90.*

Основными признаками малой психокоррекционной группы являются все нижеперечисленные за исключением:
1) внутренней организации;
2) определенных отношений между участниками;
3) способности участников включаться в согласованные действия;
4) стремления вести себя в соответствии с принятыми нормами;
5) объединения по социальному признаку.

Вопрос № 91.

Для коллективной психотерапии характерно все нижеперечисленное за исключением:
1) взаимной индукции;
2) феномена подражания;
3) воздействия группы («групповая динамика»);
4) воздействия психотерапевта.

Вопрос № 92. Количественный предел малой психокоррекционной группы составляет:

1) 5 человек;
2) 10 человек;
3) 15 человек;
4) 20 человек;
5) 25 человек.

Вопрос № 93.

Психокоррекционная группа — это искусственно созданная малая группа, объединенная общностью всех нижеперечисленных целей за исключением:
1) межличностного исследования;
2) личностного научения;
3) самораскрытия;
4) неструктурированного взаимодействия по принципу *здесь и теперь:*
5) без исключения.

Вопрос № 94.

Для психокоррекционных групп характерно выделение следующих типов групп за исключением:
1) групп лиц, сформированных по социальному признаку;
2) групп для обучения межличностным взаимодействиям;
3) групп роста личности;
4) терапевтических групп.

477
Вопрос № *95.* Первым использовал в лечебной практике групповую психотерапию:

1) Пратт;
2) Фрейд;
3) Адлер;
4) Морено;
5) Роджерс.
Вопрос *№* 96.
Основы гуманистического неднрективного направления в психотерапии заложил:
1) Фрейд;
2) Адлер;
3) Роджерс;
4) Перлс;
5) Юнг.
Вопрос № 97. Автором книги «Групповая психотерапия неврозов» является:

1) Рудестам;
2) Кратохвил;
3) Карвасарский;
4) Линдер;
5) Левин.
Вопрос № 98.
В психокоррекционной группе действуют нижеперечисленные факторы за исключением:
1) социального влияния окружения;
2) давления партнеров по группе;
3) эмоциональной поддержки участников группы;
4) возможности самораскрытия.
Вопрос № 99. Групповая психотерапия противопоказана больным:

1) с обычными жизненными трудностями;
2) психастенией;
3) шизофренией в стадии ремиссии;
4) склонным к образованию бредовых идей отношения;
5) психопатией возбудимого круга.

Вопрос № 100.

При групповой психотерапии гомогенные группы целесообразны для всех нижеперечисленных категорий больных за исключением лиц с:
1) неврозами;
2) истероидной психопатией;
3) алкоголизмом;
4) заиканием;
5) сексуальными нарушениями.

478
Вопрос № 101.

Психология малой группы включает в себя все нижеперечисленное за исключенном понятий:
1) роли;
2) нормы;
3) лидерство;
4) индивидуальность;
5) групповой процесс.

Вопрос № 102.

Поддерживающая и корригирующая функции малой психокоррекционной группы включают в себя все нижеперечисленное за исключением:
1) дружеских действий;
2) недружеских действий;
3) согласия;
4) равновесия;
б) несогласия.

Вопрос № 103.

Понятие нормы в групповой психотерапии — это:
1) принятые правила поведения в социальных и асоциальных группах;
2) правила поведения, руководящие действиями участников группы;
3) правила поведения и санкции наказания при их нарушении;
4) принятые правила поведения, существующие в любой группе и любом обществе;
5) принятые правила поведения, руководящие действиями участников группы и определяющие санкции наказания при их нарушении.

Вопрос № 104. Наименее ценной нормой для психокоррекционпой группы является:

1) эмпатия;
2) правдивость;
3) теплота;
4) разговорчивость;
5) открытость.

Вопрос № 105.

Оптимальным стилем руководства психотерапевтической группой является:
1) авторитарный;
2) демократический;
3) либеральный;
4) анархический;
б) антиавторитарный.

479

Вопрос № 106.

Руководитель психокоррекционной группы должен играть все нижеуказанные роди, кроме:
1) эксперта;
2) катализатора;
3) дирижера;
4) созерцателя;
б) активного партнера.

Вопрос №107.

Выделяют четыре основных типа поведения людей в малой группе за исключением:
1) обособляющегося;
2) сопереживающего;
3) ведомого;
4) лидирующего;
6) сотрудничающего.

Вопрос № 108.

Члены психотерапевтической группы в процессе терапии должны:
1) освоить новые навыки чувствования;
2) отреагировать их на группе;
3) применять их к специфическим ситуациям реальной жизни;
4) пройти все три этапа.

Вопрос № 109.

Выделяются следующие фазы группового процесса за исключением:
1) ориентации и зависимости;
2) конфликта и протеста;

3) разочарования и недовольства;
4) развития и сотрудничества;
5) целенаправленной деятельности.

Вопрос №110.

Ведущими лечебными факторами психотерапевтической группы являются:
1) сплоченность и внушение надежды;
2) обобщение и альтруизм;
3) множественный перенос и развитие межличностных умений;
4) имитирующее поведение и катарсис;
5) не является ни один из перечисленных факторов в отдельности.

Вопрос № 111.

Специфическими лидерскими качествами в психокоррекционной группе являются все нижеперечисленные за исключением:
1) энтузиазма;
2) умения убеждать и подчинять себе окружающих;

3) уверенности в себе;
4) экстравертированности;
5) высокого интеллекта.

Вопрос №112,

Подготовка компетентных специалистов для групповой психотерапии предусматривает:
1) обучение теоретическим основам и технике групповой психотерапии;
2) стажировку в группе под руководством опытного специалиста;
3) личное участие в групповом процессе;
4) необходимость пройти все три названные этапа;
5) наличие диплома врача или психолога.

Вопрос №113. Внутригрупповая этика включает в себя:

1) согласие или несогласие пациента участвовать в групповом процессе;
2) свободу выбора участия в тех или иных действиях группы;
3) профилактику психических травм;
4) все названные факторы;
5) первые два фактора.

Вопрос № 114.

Группы тренинга умений (Т-группы) по своему целевому назначению делятся на следующие три основные:
1) группа умений (подготовка руководителей, деловых людей);
2) группа межличностных отношений (проблемы семьи);
3) группа «сенситивности» (преодоление нерешительности);
4) группа обучения здоровых людей ролевым функциям;
5) группа поиска оптимальных решений в трудных ситуациях.

Вопрос №115.

Обучение тому, как учиться, включает в себя следующие основные этапы:
1) представления самого себя;
2) обратной связи;
3) экспериментирования;
4) все перечисленное.

Вопрос № 116. "Окно Джогари" включает в себя все перечисленное за исключением:

1) арены;
2) слепого пятна;
3) видимого;

4) общего мнения;
5) неизвестного (скрытого).

Вопрос 117

«Арена» — это:
1) зона моего *Я, о* которой знаю я и знают другие;
2) «пространство* личности, скрытое и для меня, и для других;
3) зона моего *Я, о* которой знают другие, но не знаю я;
4) «простанство» личности, открытое для меня, но скрытое для других;
б) все перечисленное в совокупности.

Вопрос №118.

По Джону Богарту, руководитель группы тренинга умений, образно говоря, представляет собой:
1) «иудейскую праматерь»;
2) «примерного отца»;
3) «святого пророка»;
4) «Мефистофеля»;
б) все перечисленное в совокупности.

Вопрос №119.

Основные функции руководителя Т-группы сводятся к тому, чтобы:
1) вовлечь участников в совместную работу по исследованию их взаимоотношений и поведения;
2) организовать групповой процесс;
3) незаметно устраниться от директивного руководства группой;
4) активно участвовать в групповом процессе;
5) «вытянуть» группу из тупиковой ситуации.

Вопрос № 120.

Тэвинстонская, или Балентовская, группа представляет собой нижеперечисленное за исключением:
1) малой учебной группы;
2) группы, сосредоточенной на индивидуальном развитии и уникальности каждой личности;
3) группы, где допускается, что высказывания одного участника и его поведение разделяются и другими участниками;
4) группы, где руководителю отводится активная авторитетная роль.

Вопрос № 121. Т-группа в психокоррекционпом плане имеет в качестве основной цели:

1) самосовершенствование личности;
2) обучение умениям межличностного общения;
3) индивидуальное развитие отдельных черт характера;
4) обучение самообладанию;
5) все перечисленное.

Вопрос № 122.

Коммуникативные умения включают все перечисленное за исключением:
1) коммуникации чувств;
2) конфронтации;
3) активного слушания;
4) описания поведения (своего партнера);
5) обратной связи;
6) самообладания.

Вопрос № 123. Коммуникация чувств в группе — это умение:

1) проявлять свои чувства;
2) ясно рассказать о своих чувствах:
3) понять чувства другого;
4) выразить свои чувства окольными путями;
5) всего перечисленного.

Вопрос № 124. Умение слушать включает в себя:

1) активное слушание;
2) пассивное слушание;
3) эмпатическое понимание;
4) умение скорригировать собеседника.

Вопрос № 125. Конфронтация направлена на то, чтобы заставить другого:

1) осознать свои межличностные отношения;
2) изменить их;
3) проанализировать их;
4) исследовать себя;
5) все перечисленное.

Вопрос № 126. Умелая конфронтация требует следующих умений за исключением:

1) чуткости к психическому состоянию оппонента;
2) убежденности в своих контрдоводах;
3) установления положительных взаимоотношений и эмпатического понимания с оппонентом;
4) выражения в форме категорического требования, а не предположения;
5) умения приводить контрдоводы, которые содержат конструктивные позитивные начала.

Вопрос № 127. Т-группа выполняет функции:

1) «научения»;

2) группы психического и физического здоровья;
3) "группы знакомств";

4) группы психического здоровья;
5) все вышеназванные.

Вопрос № 128.

Противопоказаниями для групповой психотерапии являются следующие критерии за исключением:
1) низкого интеллекта;
2) наличия психоза;
3) наличия тяжелых форм психопатий возбудимого круга;
4) гетерогенного состава группы;
5) участия детей до 9 лет.

Вопрос № 129. «Группа встреч» — это:

1) группа тренинга умений;
2) терапевтическая психокоррекционная группа;
3) группа роста личности;
4) группа лиц, объединенных по социальному признаку;
5) группа отработки навыков межличностных отношений.

Вопрос №130.

Основным признаком «группы встреч» является следующее за исключением:
1) осознания самого себя, своего *Я* (психического и физического);
2) ответственности за себя и членов группы;
3) внимания к чувствам;
4) принципа *здесь и теперь;*
5) открытости и честности в общении;
6) директивности лидера.

Вопрос №131. Нормы и правила "сайнанон-группы" исключают:

1) тяжелый физический труд;
2) употребление алкоголя и наркотиков;
3) самообслуживание;
4) отсутствие лидера;
5) конфронтацию.

Вопрос № 132.

Процесс групповой психотерапии в «группе встреч» предполагает ниже перечисленные условия за исключением следующих:
1) члены группы должны отвечать за свое поведение сами;
2) группа должна защищать своих членов в сложной ситуации;
3) группа должна поощрять своих членов в реализации их резервных возможностей;
4) группа должна способствовать принятию ее членами самостоятельных решений;
б) без исключения.

Вопрос № 133.

Все изложенные ниже правила являются базисными для «группы встреч» за исключением:
1) осознания самого себя;
2) открытости и честности в общении друг с другом;
3) на первом плане чувства, а не мысли;
4) принципа *здесь и теперь;*
5) зависимости результата лечения от психотерапевта;
6) зависимости результата лечения от участников группы.

Вопрос № 134. Основными элементами техники «групп встреч» являются:

1) установление контакта;
2) построение доверительных отношений;
3) изучение конфликтов;
4) анализ сопротивления, сочувствие и поддержка;
5) все перечисленные.

Вопрос № 135. Кто является создателем «психодрамы»:

1) Рудестам;
2) Морено;
3) Пиз;

4) Берн;
б) Бендлер.
Вопрос № 136. Основными компонентами «психодрамы» являются:

1) ролевая игра;
2} спонтанность;
3) «теле»;
4) катарсис;
б) инсайт;
6) все перечисленное в совокупности.
Вопрос № 137. «Психодрама» в отличие от театра не поощряет:

1) импровизацию;
2) хорошо продуманный сценарий;
3) заранее приготовленное и отрепетированное действие;
4) разыгрывание ролей и ситуаций, актуальных для группы;
б) спонтанность.
Вопрос № 138. В «психодраме» имеется:

1) прошлое;
2) будущее;
3) настоящее;

4) и прошлое, и будущее, и настоящее;
б) только прошлое в будущее.
Вопрос *№139. «Теле» — это:*

1) односторонний процесс передачи эмоций от пациента психотерапевту;
2) процесс передачи эмоций от психотерапевта пациенту;
3) двусторонний процесс передачи эмоций между пациентом и психотерапевтом;
4) одностороннее вчувствование одного человека во внутренний мир другого.
Вопрос № 140. Катарсис в «психодраме» — это явление:

1) вторичное по отношению к сюжету;
2) вторичное по отношению к анализу;
3) первичное по отношению к сюжету;
4) первичное по отношению к анализу;
б) выступающее на первый план по отношению и к сюжету, и к анализу.
Вопрос № 141. В «психодраме» инсайт — это вид познания, который приводит к:

1) немедленному решению проблемы;
2) новому пониманию проблемы;
3) новому пониманию проблемы или немедленному решению;
4) максимальному катарсису;
б) максимальному проявлению «теле».
Вопрос № 142. В «психодраме» роль режиссера предполагает обязанности:

1) продюсера;
2) психотерапевта;
3) аналитика;
4) руководителя;
б) все перечисленное.
Вопрос № 143. В «психодраме» наиболее важными являются роли:

1) режиссера;
2) протагониста;
3) продюсера;
4) вспомогательного Я;
б) аудитории.
Вопрос № 144. Протагонист в «психодраме» — это:

1) исполнитель главной роли;
2) исполнитель второстепенной роли;
3) продюсер;
4) автор сценария;
5) аналитик.
Вопрос № 145. Процесс развития «психодрамы» предусматривает:

1) раскрепощение двигательной активности участников;
2) стимуляцию спонтанных поведенческих реакций;
3) фокусировку членов группы на конкретной теме;
4) психодраматическое действие и его последующее обсуждение;
5) все перечисленное в совокупности.

Вопрос № 146.

В терапевтических целях психодрама наиболее часто применяется при перечисленных заболеваниях за исключением:
1) алкоголизма и наркомании;
2) девиантных форм поведения;
3) пограничных нервно-психических расстройств;
4) эндогенно-органических поражений;
5) при всех вышеперечисленных.

Вопрос № 147.

Психотерапия, ориентированная на тело, предложена:
1) Джекобсоном;
2) Шульцем;
3) Райхом;
4) Лоуэном;
б) Александером.

Вопрос № 148.

Видный психотерапевт, ученик Фрейда Вильгельм Райх был посажен в тюрьму за:
1) пропаганду сексуального воспитания;
2) идеологические убеждения (он был коммунистом);
3) лечение посредством «оргонных» аккумуляторов.

Вопрос № 149.

Кому принадлежит концепция, что мышечный, или телесный, «панцирь» сковывает эмоции и состоит из семи колец, расположенных в области лба, рта, груди, диафрагмы, живота и глаз:
1) Джекобсону;
2) Раабу;
3) Александеру;
4) Райху;
5) Фельденкрайзу.

487

Вопрос № 150. Рольфинг — это:

1) элемент техники при классическом психоанализе;
2) технический прием при гештальт-терапии;
3) разновидность психотерапии, ориентированной на тело.
Вопрос № 151. Метод Фельденкрайза относится к:

1) суггестивной психотерапии;
2) аналитической психотерапии;
3) психотерапии, ориентированной на тело;
4) гештальт-терапии.
Вопрос № 152. Суфизм — это:

1) технический прием психотерапии;
2) психологический термин;
3) разновидность восточной психотерапии;
4) мистико-аскетическое направление.
Вопрос № 153. Суфизм берет свои истоки из:

1) буддизма;
2) католицизма;
3) йоги;
4) ислама.
Вопрос № 154. В основе гештальт-терапии лежит:

1) психоанализ;
2) бихевиоризм;
3) экзистенциализм;
4) все перечисленное.

Вопрос № 155.

Основами какого метода психотерапии являются понятия «отношение фигуры и фона», «осознание чувств и сосредоточенность на настоящем», «единство и борьба противоположностей», «функции и защиты», «принятие ответственности на себя»:
1) психоанализа;
2) аналитической психотерапии Юнга;
3) индивидуальной психотерапии Адлера;
4) гештальт-терапии.
Вопрос № 156. Индивидуальная психотерапия - основное в учении

1)Адлера;
2) Юнга;

488
3) Перлса;
4) Роджерса.
Вопрос № 157. Основоположником аналитической психотерапии является:

1) Адлер;
2) Юнг;
3) Перлс;
4) Роджерс.
Вопрос № 158. Основное в учении Карла Роджерса:

1) психоанализ;
2) гештальт-терапия;
3) терапия, центрированная на пациенте;
4) индивидуальная психотерапия;
5) аналитическая психотерапия.
Вопрос № 159. Психоанализ по Фрейду — это:

1) метод психологического исследования;
2) метод психотерапии;
3) мировоззрение;
4) все перечисленное.
Вопрос № 160. Автором известной работы: «Аналитическая психология» является:

1) Фрейд;
2) Юнг;
3) Адлер;
4) Райх;
5) Роджерс.
Вопрос № 161. Автором известной работы: «Толкование сновидений» является:

1) Фрейд;
2) Юнг;
3) Адлер;
4) Фромм;
5) Райх.
Вопрос № 162. Катексис — это:

1) инстинкт;
2) защитный механизм;
3) динамика либидозной энергии;
4) стадия гипноза.

489
Вопрос № 163.

Основными механизмами психологической защиты организма, по Фрейду, являются перечисленные реакции за исключением:
1) вытеснения и отрицания;
2) проекции и регрессии;
3) рационализации и изоляции;
4) реактивного образования;
б) сублимации;
6) верификации.
Вопрос № 164.

Концепцию об основных механизмах психологической защиты разработал:
1) Фрейд;
2) Юнг;

3) Роджерс;
4) Адлер;
5) Скиннер.
Вопрос № 165, Апперцепция — это:

1) защитный механизм;
2) способ получения информации при психоанализе;
3) свойство психики воспринимать мир в зависимости от предшествующего опыта;
4) психопатологический синдром.

Вопрос № 166.

Такие понятия, как жизненный стиль, схема апперцепции, индивидуальная психотерапия, в психотерапию внес:
1) Юнг;
2) Перле;
3)Адлер;
4) Роджерс;
5) Фрейд.
Вопрос №167. Индивидуация — это:

1) характеристика личности;
2) технический прием аналитической психотерапии;
3) процесс самопознания и саморазвития личности;
4) своеобразие (неповторимость) психики.

Вопрос № 168.

Процесс аналитической психотерапии включает в себя все нижеизложенные этапы за исключением:
1) признания;
2) толкования;
3) обучения;
490

4) катарсиса;
б) трансформации.
Вопрос № 169. *Архетип — это:*

1) характеристика личности;
2) технический прием аналитической психотерапии;
3) основа коллективного бессознательного;
4) символ.
Вопрос № 170.
По какому автору структуру личности составляют: персона, *Эго,* тень, Анима, Анимус, самость:
1) Фрейду;
2) Адлеру;
3) Юнгу;
4) Райху.
Вопрос № 171. Психоанализом с лечебной целью в Беларуси может заниматься:

1) подготовленный психолог;
2) любой человек, имеющий высшее медицинское образование;
3) любой человек, имеющий высшее психологическое образование;
4) врач, имеющий специальную подготовку.
Вопрос № 172. *Основным механизмом невроза, по Фрейду, является:*

1) вытеснение «комплексов» в подсознание;
2) конфликт между *Эго* и *супер-Эго;*
3) конфликт между *Ид* и *Эго;*
4) слабая цензура;
б) все вышеизложенное.

Вопрос № 173.

Метод классического психоанализа включает в себя все следующие основные компоненты, за исключением:
1) продуцирования материала;
2) анализа;
3) катарсиса;
4) рабочего альянса.
Вопрос № 174.

Материалом для психоанализа, по Фрейду, может служить все нижеперечисленное за исключением:
1) свободных ассоциаций;
2) реакций переноса;

3) состояния сомнамбулы;

491

4) сопротивления;
б) сновидений.

Вопрос № 175.

Трансверс — это:
1) особое состояние сознания;
2) термин из техники психоанализа;
3) перенос на врача чувств пациента;
4) перенос врачом чувств на пациента;
б) ошибочное понимание настоящего посредством прошлого.
Вопрос № 176. Имеются ли в психоанализе элементы суггестии:

1) Да;
2) нет.

Вопрос № 177.

Примерная продолжительность курса классического психоанализа:
1) 2—3 недели;
2) 2—3 месяца;
3) 2—3 года.

Вопрос № 178.

Противопоказанием для психоанализа является все нижеуказанное за исключением:
1) галлюцинаторно-параноидной шизофрении;
2) маниакально-депрессивного психоза;
3) олигофрении;
4) перверсиой психопатии.
Вопрос № 179. *Что означает в психоанализе термин* абстиненция:

1) состояние похмелья;
2) «работу» сновидения;
3) апогей эмоционального напряжения;
4) технику интерпретации.
Вопрос № 180. Основателем трансактного анализа является:

1) Адлер;
2) Берн;
3) Роджерс;
4) Перлс;
б) Юнг.
Вопрос №181. Трансактный анализ — это:

1) система социального переучивания;
492

2) разновидность психоанализа;
3) форма гештальт-терапии;
4) вид познания, приводящий к новому пониманию проблемы;
5) трансформация либидо в полезный вид деятельности.

Вопрос № 182.

Сертификация личности, по Берну» следующая:
1) Отец, Мать, Ребенок;
2) Взрослый, Ребенок, Родитель;
3) Родитель, Наставник, Ребенок;
4) Врач, Родитель, Ребенок;
б) Отец, Сын, Врач.
Вопрос № 183. «Родитель», по Берну, — это:

1) собрание догм и постулатов, получаемых человеком еще в младенческом возрасте;
2) комплекс убеждений, нравственных норм, предрассудков, получаемых в наследство не только от родителей, но и от предков;
3) диктующая и поведенческая часть личности;
4) наиболее косная, ригидная часть человеческого *Я,* остающаяся вне критики;
5) все перечисленное.

Вопрос № 184.

«Ребенок», по Берну, — это:
1) незрелая часть личности;
2) часть структуры личности, противопоставляемая Родителю;
3) наиболее импульсивная и искренняя часть личности;
4) инфантильная личность;
5) возрастное понятие.

Вопрос № 185.

Взрослое состояние *Я,* по Берну, характеризует все нижеперечисленное за исключением:
1) способности личности хранить, использовать и перерабатывать информацию на основе предыдущего опыта;
2) умения быть независимым от предубеждений Родителя и архаических порывов Ребенка;
3) возраста человека;
4) способности находить альтернативные варианты в жизненных ловушках;
б) анализа, синтеза и выбора.

Вопрос № 186. *Трансакция — это:*

1) стимул;
2) реакция;

3) единица общения;
4) ситуация.

Вопрос № 187. Какие трансакции являются самыми зрелыми:

1) дополнительные;
2) перекрестные;
3) скрытые.

Вопрос № *188.* Дополнительным трансакциям свойственно все за исключением:

1) параллелизма;
2) перекрещивания;
3) открытости человеческих коммуникаций;
4) искренности и плодотворности отношений,

Вопрос № 189. Пересекающаяся трансакция — это:

1) неожиданная реакция на определенный стимул;
2) прогнозируемая реакция на неопределенный стимул;
3) характерные отношения взаимности врача и пациента;
4) прогнозируемая реакция на определенный стимул.

Вопрос № 190.

Какие из трансакций являются наиболее частыми и трудными в работе психотерапевта:
1) дополнительные;
2) перекрестные;
3) скрытые.

Вопрос № 191. Скрытые трансакции — это:

1) замаскированное состояние *Я;*
2) сочетание дополнительной и пересекающихся трансакций;
3) понятие, включающее более двух состояний *Я,* одно из которых, как правило, маскируется;
4) все перечисленное.

Вопрос *№* 192.

Психологические игры — это наиболее частая форма общественных отношений, состоящая из трансакций:

1) параллельных;
2) перекрестных;
3) скрытых;
4) параллельных и перекрестных;
б) всех перечисленных.

Вопрос *№ 193.*

Обязательными признаками психологических игр являются:
1) скрытые мотивы;
2) благовидность трансакций в социальном плапе;
3) выигрыш;

4) все перечисленные;
б) один из перечисленных.

Вопрос № 194.

Психологические игры проявляются всем нижеперечисленным за исключением того, что они:
1) возбуждают внимание;
2) позволяют создавать и поддерживать «свой образ» в глазах окружающих;
3) формируют честные и искренние взаимоотношения между людьми;
4) снимают напряжение и поддерживают соматическое и психическое равновесие (при выигрыше).
Вопрос № 195. Выигрывающий — это:

1) человек, заставляющий кого-то проигрывать;
2) человек, который способен быть достоверным;
3) личность, реализующая свою индивидуальность;
4) личность, принимающая на себя ответственность за собственную судьбу;
5) личность, свободная от власти догм и ложных авторитетов;
6) все перечисленное;
7) ничего из перечисленного.

Вопрос *№* 196.

Нейролингвистическое программирование включает в себя все нижеуказанные методы за исключением:
1) метода "якоря";
2) визуально-кинестетической диссоциации;
3) рефрейминга;
4) метода Фельденкрайза;
5) «подстройки к будущему».
Вопрос №197. Метод "якоря" — это метод:

1) проведенческой психотерапии;
2) условно-рефлекторной психотерапии;
3) аналитической психотерапии;
4) нейролингвистического программирования;
б) когнитивной психотерапии.
Вопрос № 198. Визуально-кинестетическая диссоциация — это метод:

1) аналитической психотерапии;
2) поведенческой психотерапии;
3) групповой психотерапии;
4) когнитивной психотерапии;
б) нейролингвистического программироваття.
Вопрос № 199. *Мантра — это:*

1) метод психотерапии;
2) термин аналитической психотерапии;
3) сочетание звуков;
4) сочетание зрительных восприятии.
Вопрос № 200. *Янтра — это:*

1) термин аналитической психотерапии;
2) метод психоанализа;
3) сочетание звуков;
4) сочетание зрительных восприятии.
Вопрос № 201.

Нейролингвистическое программирование — это психотерапевтическое направление, основанное на:
1) психоанализе;
2) бихевиоризме;
3) суггестии;
4) первом, втором и третьем;
б) психоанализе и бихевиоризме (только).

Вопрос № 202.

Модальность как термин нейролингвистического программирования отражает:
1) доминирующий способ восприятия окружающего мира;
2) доминирующий способ отражения окружающего мира;
3) особенности личности;
4) технический прием НЛП.
Вопрос № 203. Предикаты как термин НЛП обозначают:

1) этапы визуально-кинестетических диссоциаций;
2) этапы рефрейминга;
3) зрительные образы, посредством которых человек воспринимает и отражает мир;
4) слова, посредством которых человек воспринимает и отражает внешний мир.

Вопрос № 204.

Система, отвечающая за предоставление добытой информации сознанию, называется в нейролингвистике:
1) ведущей;

2) репрезентативной;
3) референтной.

Вопрос № 205.

«Ключами доступа» в нейролингвистическом программировании обозначают:
1) предикаты речи;
2) репрезентативные системы;
3) паттерны глаз;
4) все перечисленное.

Вопрос № 206. «Паттерны глаз» — это:

1) модальность, в которой воспринимаются зрительные образы;
2) результат сложных анатомо-физиологических процессов;
3) неосознанное движение глаз, соответствующее извлечению той или иной информации;
4) все перечисленное.

Вопрос № 207, Глаза повернуты вверх и налево — это:

1) аудиальные воспоминания;
2) кинестетические представления;
3) визуально конструированные образы;
4) аудиально конструированные образы;
5) визуально-эйдетические образы.

Вопрос № 208. Глаза повернуты вверх и направо — это:

1) аудиальные воспоминания;
2) аудиально конструированные образы;
3) визуально конструированные образы;
4) визуально-эйдетические образы;
5) кинестетические представления.

Вопрос № 209. Глаза повернуты вниз и направо — это:

1) визуально конструированные образы;
2) визуально-эйдетические образы;
3) аудиальные представления;
4) кинестетические представления.

Вопрос № 210. Глаза повернуты влево:

1) визуальные образы;
2) аудиальные представления;
3) кинестетические представления.

Вопрос № 211.

«Стратегия выбора поведения» в нейролингвистическом программировании означает:
1) выбор одной определенной стратегии поведения, адекватной ситуации;
2) выбор нескольких стратегий поведения, адекватных ситуации.

Вопрос № 212. «Мета-модель» в НЛП — понятие, означающее:

1) ведущую репрезентативную систему;
2) основную модальность;
3) невербальные средства информации (жесты, позы, мимика);
4) набор лингвистических приемов, направленных на получение информации, которая скрыта от самого пациента.

Вопрос № 213. Какой раздражитель можно использовать при методе «якоря»:

1) кинестетический;
2) аудиальный;
3) визуальный;
4) любой из перечисленных;
5) какой-то один из перечисленных.

Вопрос № 214.

В основе лечебного воздействия трехместной визуально-кинестетической диссоциации лежит:
1) перевод зрительных воспоминаний в кинестетические;
2) перевод кинестетических ощущений в зрительные или аудиальные воспоминания;
3) перевод зрительно-эйдетических воспоминаний в зрительно конструируемые образы;
4) и то, и другое, и третье.

Вопрос № 215. Шестиступенчатый рефрейминг — это метод психотерапии:

1) групповой;
2) индивидуальной;
3) аналитической;
4) нейролингвистической.

Вопрос № 216.

Что означает в нейролингвистическом программировании понятие «часть»:
1) определенную модальность;
2) вид репрезентативной системы;

3) "часть" личности, ответственную за то или иное поведение или симптом;
4) технический прием при шестиступенчатом рефрейминге.

Вопрос *№217.* Метод "наложения" в НЛП — это:

1) расширение стратегии выбора;
2) актуализация доминирующей модальности;
3) диссоциация модальностей;
4) интеграция модальностей.

Вопрос №218. Метод «терапевтической метафоры» в НЛП — это:

1) выбор определенных предикатов речи с целью воздействия на доминирующую модальность;
2) выбор определенных предикатов речи с целью активизации определенной модальности;
3) особая техника рассказывания поучительных историй, «психотерапевтических сказок».

Вопрос № 219. Понятие *бихевиоризм* (наука о поведении) ввел в науку:

1) Ватсон;
2) Скиннер;
3) Толмен;
4) Выготский.

Вопрос № 220. «Когнитивная карта» — это:

1) психотерапевтический метод;
2) элемент поведенческой психотерапии;
3) элемент когнитивной психотерапии;
4) физиологическое понятие.

Вопрос № 221. Позитивная психотерапия — это:

1) психотерапия, ориентированная на тело;
2) психотерапия, ориентированная на пациента;
3) психотерапия, ориентированная на конфликт (на ситуацию);
4) все перечисленное в совокупности.

Вопрос № 222.

Основными этапами позитивной психотерапии является все перечисленное за исключением:
1) дистанцирования от конфликта;
2) проработки конфликта;
3) «ситуационного одобрения»;
4) вербализации (обсуждения) конфликта;

5) расширения жизненных целей;
6) катарсиса.

Вопрос № 223. Психосинтез — это:

1) психологическое понятие;

2) психотерапевтический метод;
3) элемент аналитической психотерапии Юнга;
4) отдельное направление в психотерапии.
Вопрос № 224.

Психосинтез основан на структуре личности по:
1) Фрейду;
2) Юнгу;
3) Ассаджиоли;
4) Ферруччи;
5) Скиннеру.

Вопрос № 225.

Психосинтез включает в себя следующие основные этапы за исключением:
1) глубинного познания личности;
2) контроля за различными элементами личности;
3) постижения своего истинного *Я* («независимого центра»);
4) консолидации субличностей (психосинтез);
5) катарсиса.
Вопрос № 226.

Психосинтез предполагает работу с «субличностями». На этом этапе психосинтеза наиболее важным является:
1) процесс индентификации (отождествление);
2) процесс дезидентификации (разотождествление).
Вопрос № 227. Термин *катарсис* ввел:

1) Фрейд;
2) Юнг;
3) Аристотель;
4) Гиппократ;
5) Брейер.
Вопрос № 228. Протагонист — это:

1) социально-психологическое понятие;
2) элемент игровой психотерапии;
3) психологический тип;
4) нейрофизиологическое понятие;
5) элемент оборудования гипнотария.

Вопрос № 229.

Какой метод психотерапии включает в себя следующие основные компоненты: расширение сознания, интеграцию противоположностей, усиление внимания к чувствам, работу с фантазией, принятие ответственности на себя, преодоление сопротивления:
1) индивидуальная психотерапия Адлера;
2) аналитическая психотерапия Юнга;
3) психоанализ Фрейда;
4) гештальт-терапия;
5) гуманистическая психотерапия Роджерса.
Вопрос № 230.

Метод «систематической десенсибилизации» Вольпе является методом:
1) нейролингвистического программирования;
2) гипносуггестии;
3) поведенческой психотерапии;
4) психосинтеза;
5) позитивной психотерапии.
Вопрос № 231.

Когнитивный диссонанс — это:
1) метод когнитивной психотерапии;
2) понятие когнитивной психологии;
3) социально-психологическая теория.
Вопрос № 232. Когнитивная психотерапия:

1) объединяет бихевиоризм и психоанализ и входит структурно в эти психотерапевтические направления;
2) противопоставляет себя бихевиоризму и не входит структурно в это психотерапевтическое направление.
Вопрос № 233.

Основными компонентами техники гештальт-терапии являются следующие за исключением:

1) расширения сознания;
2) катексиса;
3) интеграции противоположностей;
4) усиления внимания к чувствам;
5) работы с мечтами (фантазиями);
6) принятия ответственности на себя;
7) преодоления сопротивления;
8) дезидентификации (разотождествления) личности.

Вопрос № 234.

Гештальт — это:
1) наиболее важные и значительные события, занимающие в сознание человека центральное место;
2) менее важная в данный момент информация, отступающая на задний план;
3) отреагированная или неотреагированная потребность;
4) все вышеперечисленное.
501

таблица для самопроверки

№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ	№ вопроса	Ответ
1	2	48	1,2	95	1	142	5	189	1
2	3	49	1	96	3	143	1,2,4	190	2
3	5	50	5	97	2	144	1	191	3
4	4	51	5	98	1	145	5	192	3
5	4	52	4	99	4,5	146	4	193	4
6	1	53	1,2,3	100	2	147	3	194	3
7	3	54	3	101	4	148	3	195	6
8	1,2,3	55	3	102	5	149	4	196	4
9	5	56	4	103	5	150	3	197	4
10	2	57	5	104	4	151	3	198	5
11	5	58	2	105	2	152	4	199	3
12	4	59	3	106	4	153	4	200	4
13	2	60	2	107	2	154	4	201	4
14	3,5	61	4	108	4	155	4	202	1,2
15	3	62	1,2,5	109	3	156	1	203	4
16	1	63	2	110	5	157	2	204	2
17	3	64	2	111	4	158	3	205	4
18	4	65	5	112	4	159	4	206	2,3
19	5	66	5	113	4	160	2	207	5
20	2	67	4	114	1,2,3	161	1	208	3
21	2	678	2	115	4	162	3	209	4
22	5	69	2	116	4	163	6	210	3
23	3	70	3	117	1,2	164	1	211	2
24	5	71	1	118	5	165	3	212	4
25	4	72	3	119	1,2,3	166	3	213	4
26	2	73	5	120	3	167	3	214	3
27	5	74	1,2	121	5	168	4	215	4
28	1	75	4	122	6	169	3	216	3,4
29	3	76	4	123	2	170	3	217	4
30	4,5	77	2	124	1,3	171	4	218	3
31	5	78	2	125	5	172	3	219	1
32	3	79	1,2,4	126	4	173	3	220	4
33	5	80	4	127	1,4	174	3	221	3
34	5	81	5	128	4	175	2,3	222	6
35	5	82	5	129	2,5	176	1	223	3,4
36	5	83	2,3	130	6	177	3	224	3
37	1	84	5	131	2	178	4	225	5
38	5	85	3	132	5	179	3	226	2
39	5	86	4	133	5	180	2	227	3
40	5	87	1,2,3	134	5	181	1	228	2
41	5	88	1,2,3	135	2	182	2	229	4
42	3	89	4	136	6	183	5	230	3
43	4	90	5	137	2,3	184	2,3	231	3
44	4	91	3	138	4	185	3	232	2
45	2	92	2	139	3	186	3	233	2,8
46	5	93	5	140	5	187	1	234	1,3
47	1,3,5	94	1	141	3	188	2		

502

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

ДЕТСКО-ПОДРОСТКОВЫЙ ВАРИАНТ НЕРВНО-МЫШЕЧНОЙ РЕЛАКСАЦИИ

Приведенный вариант нервно-мышечной релаксации по Э. Джекобсону (E. Jacobson, 1976; J. Everly, R. Rosenfeld, 1981) модифицирован для использования у детей и подростков И. М. Желдаком и С. А. Игумновым (1997). Основная разница в процессе мышечной релаксации у детей и взрослых заключается в том, что дети порой быстро достигают расслабления всех мышц тела. Психотерапевт должен следить за реакциями ребенка и быть готовым к тому, чтобы закончить вводную часть простым внушением полного расслабления. Некоторым детям бывает необходимо подробно разъяснить работу отдельных мышечных групп; другие будут испытывать скуку, что может помешать восприятию дальнейших внушений.

Обучение мышечной релаксации необходимо проводить в позе, благоприятствующей расслаблению. Одно из наиболее удобных положений — сидя в мягком кресле с подголовником и подлокотниками, на которые дети кладут расслабленные руки (усадив детей в такие «авиационные» кресла, можно создать в группе атмосферу «подготовки к воздушному путешествию» и т. п.).

Наиболее доступной для занятий в любой ситуации является так называемая «поза кучера». Чтобы принять ее, нужно сесть на стул прямо, распрямить спину, а затем расслабить все мышцы. Голова опущена на грудь, глаза закрыты, ноги слегка расставлены и согнуты под тупым углом, руки лежат на коленях, не касаясь друг друга, локти немного округлены — поза, характерная для извозчика, дремлющего в ожидании седока.

Для детей не лишним будет рассказать об основных группах мышц (мышцах бедер, живота, плеч, шеи, лица), наглядно показать работу мышц-антагонистов (сгибателей-разгибателей). Это облегчит усвоение методики. Ниже приводится текст, используемый в процессе работы с детьми. В процессе работы проводится обращение в 1-м лице, что усиливает суггестивный эффект.

«...Сейчас ты готов к тому, чтобы расслабиться для достижения состояния полного отдыха. Откинься, пожалуйста, назад в кресле (или приляг на кушетку) и устройся очень, очень удобно. Закрой, пожалуйста, глаза. (Для маленьких детей можно применять формулу: «Во время нашей работы твои глаза закроются на маленькие, невидимые замочки и будут закрыты до тех пор, пока я не скажу тебе открыть их»; при этом можно слегка прикоснуться к векам ребенка.)

503

Сначала обрати, пожалуйста, свое внимание на дыхание. Почувствуй, как струя свежего воздуха входит через ноздри и поступает дальше в легкие, как твои грудь и живот расширяются на вдохе и опадают на выдохе. Сосредоточься на дыхании (здесь дайте паузу около 30 секунд).

Я всегда буду подробно описывать упражнение на расслабление до того, как ты приступишь к его выполнению. Поэтому не начинай упражнение, пока я не скажу: «Готов? Начали».

...Начнем с груди. По моему сигналу, но не раньше, сделай глубокий вдох. Постарайся как бы вдохнуть весь воздух, находящийся вокруг тебя. Делаем это сейчас. Готов? Начали. Сделай глубокий вдох... глубже, глубже, задержка... и расслабься. Просто выдохни весь воздух из легких и возобнови обычное дыхание. Заметил ли ты напряжение в области груди на вдохе и расслабление на выдохе? (Повторяем упражнение.) Смог ли ты в этот раз почувствовать напряжение? А расслабление? Постарайся сосредоточиться на этом различии, когда мы будем выполнять следующие упражнения. (После каждого упражнения выдерживается пауза 5—10 секунд.)

...Теперь поставь, пожалуйста, обе стопы всей поверхностью на пол. Чтобы выполнить упражнение, оставь носки на полу и в то же время приподними обе пятки как можно выше. Готов? Начали. Подними обе пятки очень, очень высоко. Подержи так... Расслабь. Просто дай им мягко опуститься на пол. При расслаблении ты, может быть, почувствуешь тепло и приятное покалывание. (Повторяем упражнение.) Икроножные мышцы становятся теплыми, мягкими, расслабленными.

...Теперь подними, пожалуйста, оба носка очень, очень высоко, оставляя пятки на полу. Готов? Начали. Подними носки очень высоко... еще выше. Подержи так и расслабь ноги.

Следующая группа мышц, на которой мы будем сосредоточиваться, — это мышцы бедра. Упражнение простое. По моему сигналу вытяни, пожалуйста, ноги прямо перед собой. Не забывай держать икры свободными, не напрягай их. Давай сделаем сейчас это упражнение. Готов? Начали. Выпрями обе ноги перед собой. Очень прямо. Еще прямее. Подержи так и расслабь. Просто дай ногам мягко опуститься на пол. Ощущал ли ты напряжение в верхней части бедер?.. Повторим это упражнение. Чтобы проработать противоположную группу мышц, представь себе, что ты находишься на пляже и зарываешься пятками в теплый сухой песок. Готов? Начали. Зарой свои пятки в песочек. С большим усилием. Сильнее. Еще сильнее и расслабься. Прочувствуй расслабление в верхних частях ног. Сосредоточься на этом ощущении. (Пауза — около 20 секунд.)

504

... Сейчас переходим к рукам. Сожми, пожалуйста, обе руки одновременно в кулаки. Сожми кисти рук в кулаки как можно крепче. Готов? Начали. Представь, что ты сжимаешь в кулаке все свои болезни, трудности, невзгоды. Еще крепче сожми кулаки — и раздави свои болезни! Теперь расслабь руки. Чувствуешь приятное тепло, покалывание, пульсацию в кистях рук?.. Это отличное упражнение для тех, кто много пишет в школе. Теперь давай повторим. (Повторяем 1 раз.) Расслабься. Чтобы проработать противоположные мышцы, просто растопырь пальцы как можно шире... еще шире. Подержи и расслабь. Теперь давай повторим это упражнение. Готов? Начали. (Повторяем упражнение 2 раза.) Сосредоточься на чувстве приятного тепла и покалывания в кистях рук. Такое ощущение возникает, когда приходишь домой с мороза, после игры в снежки и кладешь руки на теплую батарею или печку. (Выдерживаем паузу около 20 секунд.)

... Теперь давай поработаем с плечами. Мы храним массу напряжения и стресса в плечах. Недаром говорят, что наши беды и тревоги «давят на плечи». Представь, что ты пытаешься коснуться верхушками плеч мочек ушей. Давай сделаем

это упражнение. Готов? Начали. Потяни плечи вверх. Очень высоко. Еще выше, выше. Подержи так и расслабь. Сосредоточься на чувстве тепла и приятной тяжести в плечах. Одновременно расслабились мышцы шеи, затылка... (Повторяем упражнение 2 раза, затем — пауза около 20 секунд.)
... Давай перейдем теперь к лицу. Мы начнем со рта. Сначала улыбнись так широко, как только можно. Улыбка «до ушей». Готов? Начали. Очень широкая улыбка. Еще шире. Подержи так — и расслабься. (Повторяем 2 раза.) Теперь сожми губы, как бы пытаясь поцеловать кого-то. Готов? Начали. Собери губы вместе. Сожми их очень крепко... Еще крепче. Подержи так — и расслабь. (Повторяем 1 раз) А сейчас перейдем к глазам. Как мы договорились, ты все время держишь глаза закрытыми, но теперь зажмурь их еще крепче. Представь, что ты моешь голову и пытаешься не дать брызгам шампуня попасть в глаза. Готов? Начали. Зажмурь глаза очень крепко... Еще крепче... И — расслабь. (Повторяем 2 раза.) Это упражнение очень полезно при утомлении глаз, вызванном школьными уроками, чтением, помогает улучшить зрение при близорукости.
Последнее упражнение заключается просто в поднимании бровей. Помни о том, что глаза остаются закрытыми, а ты поднимаешь брови как можно выше, будто сильно-пресильно чему-то удивился. Готов? Начали. Подними брови высоко... Еще выше. Подержи так — и расслабь. (Повторяем 1 раз.) Теперь прочувствуй полное расслабление твоего лица. (Пауза 15 секунд.)

... Теперь снова направь свое внимание на дыхание, почувствуй, как с каждым вдохом (психотерапевт говорит синхронно с вдохами пациента) приятная свежесть, прохлада... вливаются через твои ноздри, дыхательные пути в легкие,... принося с собой бодрость, энергию, здоровье... Грудная клетка расширяется, расправляется... А с каждым выдохом (эта частями, синхронно с выдохами пациента)... живот опускается... теплая воздушная струя выходит... через дыхательные пути, ноздри... ты можешь представить ее как облачко пара,... которое отделяется от тебя,... унося все болезни, тревоги,... и тает, растворяется... Остается только чувство уверенности, приятного покоя...
... А сейчас зафиксируем внимание на внутренних органах. Спокойно проглоти слюну и проследи, как теплая волна проходит в глубине твоей шеи,... груди,... живота (с 5-секундными паузами)... В верхней части живота появилось приятное тепло, и это тепло, подобно кругам от камня, брошенного в воду, расходится по всему животу, по всему телу... Живот прогрет приятным глубинным теплом.
...Теперь ты расслабил основные мышцы своего тела. Для того чтобы убедиться в том, что они расслаблены, я вернусь назад и перечислю мышцы, которые мы перед этим напрягали и расслабляли. Когда я буду называть их, дай им расслабиться еще сильнее.» (Вновь кратко называем основные группы мышц, предлагая ребенку представить, как будто волна сильного тепла охватывает их, на этом фоне произносим формулу внушения.)

ПРИЛОЖЕНИЕ 2.

РИСУНОК СЕМЬИ

Данная методика представляет собой процедуру, отражающую восприятие ребенком своего места в семье, его отношения к семье в целом и к отдельным его членам (Р. Ф. Беляускайте, 1987).
Для исследования необходимы: лист белой бумаги, набор цветных карандашей, резинка.
Инструкция, даваемая ребенку: «Нарисуй, пожалуйста, свою семью». Ни в коем случае нельзя объяснять, что обозначает слово «семья», так как этим искажается сама суть исследования. Время выполнения задания не ограничивается.
В процессе выполнения задания (если оно проводится в кабинете психотерапевта) следует отмечать: последовательность рисования; паузы более 15 секунд; стирание деталей; спонтан-

ные комментарии ребенка; эмоциональные реакции и их связь с изображаемым.
После выполнения задания в процессе беседы следует задать ребенку следующие вопросы:
• Скажи, кто тут нарисован?
• Где они находятся?
• Что они делают? Кто это занятие придумал?
• Им весело или скучно? Почему?
• Кто из нарисованных людей самый счастливый? Почему?
• Кто из них самый несчастный? Почему?
Интерпретация рисунка условно подразделяется на 3 части:
• анализ структуры рисунка;
• интерпретация особенностей графической презентации членов семьи;
• анализ процесса рисования.
Как правило, ребенок, испытывающий эмоциональный комфорт в семье, рисует полную семью. Искажение реального состава семьи заслуживает пристального внимания, так как за этим почти всегда стоит эмоциональный конфликт, недовольство семейной ситуацией.
Крайние варианты представляют собой рисунки, на которых:
• вообще не изображены люди;
• изображены только не связанные с семьей люди. За такими реакциями чаще всего кроются:
• травматические переживания, связанные с семьей;
• чувство отверженности, покинутости;
• аутизм;
• высокий уровень тревожности;
• плохой контакт с исследуемым ребенком.

Чаще приходится сталкиваться с менее выраженными отступлениями от реального состава семьи:
1. Уменьшение состава семьи. Дети «забывают» нарисовать тех членов семьи, которые для них менее эмоционально привлекательны, с которыми сложились конфликтные отношения. Не рисуя их, ребенок как бы «разряжает» неприемлемую эмоциональную атмосферу семьи, избегает связанных с ними негативных реакций.
Наиболее часто в рисунке отсутствуют братья и сестры, что связано с ситуацией «сиблингового соперничества». Ребенок таким образом в символической ситуации «монополизирует» недостающие любовь и внимание родителей.
2. Иногда вместо реальных членов семьи ребенок рисует маленьких зверушек. Всегда следует выяснить, с кем ребенок

их отождествляет (чаще всего так рисуются братья и сестры, чье влияние в семье ребенок стремится уменьшить.)
3. Случаи, когда ребенок не рисует себя или, наоборот, вместо семьи изображает только себя, свидетельствуют об отсутствии чувства общности в семье.
4. Увеличение состава семьи связано с неудовлетворенными в семье психологическими потребностями ребенка (часто встречается в рисунках единственных в семье детей).
5. Рисование дополнительно к родителям (или вместо них) не связанных с семьей взрослых указывает на поиск ребенком человека, способного удовлетворить его потребность в близких эмоциональных контактах.
Расположение членов семьи на рисунке указывает на психологические особенности взаимоотношений в семье:
1. Индикаторы психологического благополучия в семье — сплоченность членов семьи, рисование их с соединенными руками, объединенность в общей деятельности;
2. Показатели низкого уровня эмоциональных связей — разобщенность членов семьи, их удаленность друг от друга.
Группировка членов семьи в рисунке иногда помогает выделить психологические микроструктуры семьи, коалиции. Индивидуальные особенности каждой нарисованной фигуры свидетельствуют об отношении ребенка к. конкретным членам семьи. Хорошие эмоциональные отношения с человеком сопровождаются позитивной концентрацией внимания на его рисовании, что в результате отражается в большем количестве деталей тела, декорировании, использовании разных цветов. Наоборот, негативное отношение к человеку ведет к явной схематичности его изображения.
О восприятии ребенком значимости членов семьи можно судить на основе сравнения величины фигур, поскольку для ребенка (как и в архаическом искусстве Египта и Вавилона) величина фигуры выступает средством выражения значимости.

ЛИТЕРАТУРА

Анохин П. К. Биология и нейрофизиология условного рефлекса. М., 1968.
Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. М., 1976.
Аладжалом Н. А., *Каменецкий С. Д.. Рожнов В. Е.* Сверхмедленные колебания потенциалов головного мозга // Бессознательное: Природа, функции, методы исследования. Тбилиси, 1978. С. 162-169.
Алексеев А. В. Психомышечная тренировка: Метод психической саморегуляции. М., 1979.
Алиев Х. М. Ключ к себе: Этюды о саморегуляции. М., 1990.
Ассаджиоли Р. Психосинтез: Пер. с англ. М., 1992.
Банъщиков В. М., Рожнов В. Е,, Шордхова Е. В. Проблемы личности // Материалы симпоз. М., 1969. Т. 1-2.
Барашенков В. Н. Неисчерпаемая пустота // Знание — сила. 1982. № 7. С. 18.
Бассин Ф. В., Ярошевский М. Т. Фрейд и проблемы психической регуляции поведения. Послесловие к кн.: 3. Фрейд. Введение в психоанализ. Лекции. М., 1989.
Бассин Ф. В. Проблемы бессознательного. М. 1968.
Беляускайте Р.Ф. Рисуночные пробы как средство диагностики развития личности ребенка // Диагностическая и коррекционная работа школьного психолога. М., 1987.
Беминг У. Самопомощь при бессонницах, стрессах и неврозах: Пер. с нем. Мн., 1985.
Берн Э. Игры, в которые играют люди (психология человеческих взаимоотношений): Пер. с англ. М., 1988.
Берн Э. Трансакционный анализ и психотерапия: Пер. с англ. СПб., 1992.
Бехтерев В. М. Внушение и его роль в общественной жизни. СПб. 1908.
Бехтерев В. М. Гипноз, внушение, психотерапия и их лечебное воздействие // Вести, знания. СПб, вып. 4. 1911.
Бирах А. Победа над бессонницей. М., 1979.
Бумке О. Современные течения в психиатрии: Пер. с нем. М.; Л., 1929.
Буль П. И. Гипноз и внушение в клинике внутренних болезней. М., 1958.
Буль П. И. Основы психотерапии. Л., 1974.
Бурно М. *Е.* Аутогенная тренировка: Учеб. пособие. М., 1971.
Бурно М. Е. Самовнушение и аутогенная тренировка: Метод, рекомендации. М., 1975.

Бурно М. Е. Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма: Метод. рекомендации. М., 1981.
Бурно М. Е. Терапия творческим самовыражением. М., 1989.
Буянов М. И. Основы психотерапии детей и подростков. Киев, 1990.
Васильев Л. Л. Таинственные явления человеческой психики. М., 1964.
Вейн А. М. Бодрствование и сон. М., 1970.
Войн А. М. Лекции по неврологии неспецифических систем мозга. М., 1974.
Вельвовский И. 3. Психотерапия как система // Психотерапия и курортология: Сб. науч. тр. Харьков, 1968. С. 23-27.
Вельвовский И. 3. Психотерапия в общей (соматической) медицине // Материалы V Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров. М., 1969. С. 274-279.
Вельвовский И. 3. *Липгарт Н. К., Багалей Е. М., Сухорукова В. И.* Психотерапия в клинической практике. Киев, 1984.
Вернадский В. И. Пространство и время в живой и неживой материи. М., 1975.
Виттельс Ф. Фрейд, его личность, учение и школа. Л., 1925.
Виш И. М. Практическая психотерапия. Воронеж, 1969.
Власова А. М. Методы психотерапии в возрасте от 2 до 5 лет: Метод. письмо. М., 1974.
Воловик В. М; Вид В. Д., Днепровская С. В., Гончарская Т. В. Групповая психотерапия психически больных: Метод, рекомендации. М., 1983.
Вольперт И. Е. Сновидения в обычном сне и гипнозе. Л., 1966.
Вольперт И. Е. Психотерапия. Л., 1972.
Вопросы клиники и психотерапии алкоголизма и неврозов / Под ред. В. Е. Рожнова. М., 1976.
Ганнушкин П. Б. Избранные труды. М., 1964.
Гримак Л. П. Резервы человеческой психики: Введение в психологию активности. М.» 1989.
Гройсман А. Л; Мазо Г. Е. Психопрофилактические аспекты оптимизации работоспособности локомотивных бригад // Психол. журн. 1988. Т. 9. № 3. С. 110-120.
Групповая психотерапия при неврозах и психозах / Под ред. Б. Д. Карвасарского, В. А. Мурзенко. М., 1975.
Групповая психотерапия психически больных: Метод, рекомендации / Под ред. В. М. Воловика и др. М., 1983.
Групповая психотерапия / Под. ред. В. Д. Карвасарского, С. Ледера. М., 1990.
Гуляев П. И., Заботин В. И., Шлиппенбах Н. Я. // Физико-математические и биологические проблемы действия ЭМП и ионизация воздуха. М., 1971. Т. 1. С. 68-70.
Довженко А. Р. Организация стрессопсихотерапии больных алкоголизмом в амбулаторных условиях: Метод, рекомендации. М., 1984.
Долецкий С. Я,, *Шульман С. А.* Деонтология и гипнотерапия в детской хирургии // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 2-е изд. Ташкент, 1979. С. 497-516.

Донской Д. И. Неврозы // Врачебно-трудовая экспертиза психических заболеваний. Мн., 1990. С. 125-130.
Дюбуа П. Психоневрозы и их психическое значение: Пер. с франц. СПб, 1912.
Желдак И. М., Игумнов С. А. Групповая психотерапия эмоциональных и поведенческих расстройств в детском возрасте: Метод, рекомендации. Мн., 1997.
Захаров А. И. Групповая психотерапия неврозов у детей: Метод, рекомендации. Л., 1979.
Захаров А. И. Психотерапия неврозов у детей и подростков. Л., 1982.
Захаров А. И. Неврозы у детей и подростков. Л.» 1988.
Захаров А. И. Как помочь нашим детям избавиться от страха. СПб., 1995.
Захаров А. И. Неврозы у детей и психотерапия. СПб:, 1998.
Зачепецкий Р. А. О терапии поведения // Журн. невропат, и психиатр. 1976. № 9. С. 1400-1405.
Здравомыслов В. И. Опыт применения гипноза в акушерстве и гинекологии. Л., 1930.
Зейгарник Б. В. Патопсихология. М., 1976.
Зеневич Г. В.. Либих С. С. Психотерапия алкоголизма. Л., 1965.
Иванов Н. В. Вопросы психотерапии функциональных сексуальных расстройств. М., 1966.
Игумнов С. А. Клинические особенности и психотерапия раннего (подросткового) алкоголизма. Мн., 1997.
Игумнов С. А Недирективные методы гипносуггестивной психотерапии у детей и подростков: Метод, рекомендации. Мн., 1997.
Камерон-Бэндлер Л. С тех пор они жили счастливо: Пер. с англ. Калифорния, 1985.
Каннабих Ю. В. История психотерапии. М., 1929.
Капица П. Л. Эксперимент. Теория. Практика. М,. 1971.
Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. Клиническая психиатрия. М., 1998.
Карабанова О. А. Работа с родителями // Основы возрастно-психологического консультирования. М., 1991. С. 63-76.
Карагула Ш. Прорыв к творчеству: Пер. с англ. Л., 1983.
Карвасарский Б.Д, Психотерапия. М., 1985.
Карвасарский Б.Д. Неврозы: Руководство для врачей. М., 1990.
Карвасарский Б. Д., Ледер С. Групповая психотерапия. М., 1990.
Карнеги Д, Как завоевывать друзей и оказывать влияние на людей. Мн., 1990.
Картамышев А. И. Гипноз и внушение в терапии кожных болезней. М., 1953.
Каткое Е. С. К вопросу о показателях глубины психотического состояния у человека // Тез. докл. науч.-практ. конф. М., 1956. С. 18-24.
Кербиков О. В. Избранные труды. М., 1971.

Клейнзорге Х., Клюмбиес Г. Техника релаксации: Пер. с англ. М 1965.

Клинико-психологическая характеристика и диагностика аффективных расстройств при алкоголизме: Метод, рекомендации. Л., 1988.
Кобзев Н. И. Исследования в области термодинамики процессов мышления. М., 1971.
Коган Д. А., Файбушевич В. М. Элементарная практическая психотерапия. Ташкент; Самарканд, 1932.
Кондрашенко В. Т. Гипнотерапия некоторых функциональных заболеваний // Сб. науч. тр. врачей ПрибВО. Рига, 1959. С. 193-197.
Кондрашенко В. Т. //Журн. высш. нерв. деятельности. 1963. Т. 13, вып. 1. С. 57-61.
Кондрашенко В. Т. Девиантное поведение у подростков. Мн., 1988.
Кондрашенко В. Т., СкугаревскийА. Ф. Алкоголизм. Мн., 1983.
Кондрашенко В. Т., Чернявская А. С. По лабиринтам души подростка. Мн., 1991.
Кондрашенко В. Т. Зигмунд Фрейд и психоанализ. Послесловие к кн.:
3. Фрейд. Психоаналитические этюды. Мн., 1991
Кондрашенко В. Т. Разгаданные тайны мозга. Мн., 1995.
Кондрашенко В. Т.. Донской Д. И. Общая психотерапия. Мн., 1993.
Кондрашенко В. Т.. Донской Д. И. Внутри души и снаружи: Психотерапевтические этюды. Мн., 1998.
Консторум С. И. Опыт практической психотерапии. М., 1962.
Контарович Н. В. Опыт сочетательно-рефлекторной терапии алкоголизма // Новое в рефлексологии и физиологии нервной системы:
Сб. науч. тр. Л., 1929. С. 436-445.
Косевска А., Чабала Ч. // Групповая психотерапия. М., 1990. С. 346-356.
Кочарян А. С., Кочарян С. С. Психотерапия семейных дисгармоний и супружеских конфликтов. М., 1994.
Куэ Э. Школа самонаблюдения путем сознательного (преднамеренного) самовнушения: Пер. с франц. Под ред. И. Д. Ермакова. Н. Новгород, 1929.
Лайша Н. А. Эмоциональная разгрузка в условиях современного промышленного производства: Метод, рекомендации. Могилев; Тольятти, 1990.
Лакосина Н. Д., Ушаков Г. К. Учебное пособие по медицинской психологии. М., 1976.
Лебединский М. С. Очерки психотерапии. М., 1971.
Лебединский М. С., Мясищев В. Н. Введение в медицинскую психологию. Л., 1969.
Леонова А. Б. Психологическая саморегуляция и профилактика неблагоприятных функциональных состояний // Психол. журн. 1988. Т. 9. № 3. С. 43-52.
Леонова А. Б., Кузнецова А. С. Психопрофилактика неблагоприятных функциональных состояний человека. М., 1987.
Леонгард К. Акцентуированные личности: Пер. с нем. Киев, 1981.
Леонтьев А. Н. Проблемы развития психики. М., 1972.
Либих С. С. Коллективная психотерапия неврозов. Л., 1974.
Либих С. С. Аутогенная тренировка. Л., 1978.

Либих С. С. Психотерапия и психология // Руководство по психотерапии. М., 1985. С. 45-63.
Линдеман Х. Аутогенная тренировка. Путь к восстановлению здоровья и работоспособности: Пер. с нем. М., 1980.
Липгарт Н. К.,Подкорытов В. С; Сухорукое В. И. и др. Групповая психотерапия в комплексе лечебных мероприятий при затяжных неврозах // Материалы 3-го Междунар. симпоз. соц. стран по психотерапии. Л., 1979. С. 126-128.
Личко А. Е. Психопатии и акцентуации характера у подростков. Л., 1983.
Лобзин В. С; Решетников М. М. Аутогенная тренировка: Справочное пособие для врачей. Л., 1980.
Лутэ В. Аутогенная тренировка с применением обратной связи // Психическая саморегуляция. Алма-Ата, 1974. Вып. 2. С. 61-67.
Лэндрет. Г. Игровая терапия: Искусство отношений. М., 1994.
Макаренко А. С. Методика организации воспитательного процесса. М., 1950.
Манаев А. К. Философский анализ антиномий науки. Мн., 1974.
Мировский К. И., Шогам А. Н. О некоторых клинико-физиологи-ческих показателях психотонической (аутогенной) тренировки при неврозах // Тр. IV Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров. М., 1965. Т. V. С. 365-367.
Минухин С.,Фишман Ч. Техники семейной терапии. М., 1998.
Миншлоф Д. Корни сознания: Пер. с англ. Л., 1982.
Мишина Т. М. Исследование семьи в клинике и коррекция семейных отношений // М. М. Кабанов, А. Е. Личко, В. М. Смирнов. Методы психической диагностики и коррекции в клинике. Л., 1983. С. 255-281.
Морозов В. М. О современных направлениях в зарубежной психиатрии и их идейных истоках. М., 1961.
Мягер В. К., Мишина Т. М. Семейная психотерапия // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1979. С. 297-310.
Мясищев В. Н. Личность и неврозы. Л., I960.
Налимов В. В. Спонтанность сознания: Вероятностная теория смыслов и смысловая архитектоника личности. М., 1989.
Носачев Г. Н. Введение в психотерапию: Учеб. пособие. Самара, 1997.

Овчинникова О. В.. Насиновская Е. Е., Иткин Н. Г. Гипноз в экспериментальном исследовании личности. М., 1989.
Оклендер В. Окна в мир ребенка: Руководство по детской психотерапии. М., 1997.
Павлов И. П. Двадцатилетний опыт объективного изучения высшей нервной деятельности (поведения) животных. М., 1951.
Павлов И. С. Комплексная психотерапия больных хроническим алкоголизмом в зависимости от личностных особенностей // Журн. невропат, и психиатр. 1980. № 4. С. 597-599.
Павлов И. С. Коллективная эмоционально-стрессовая психотерапия больных алкоголизмом // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С. 563-570,

Пазешкиан X. Основы позитивной психотерапии: Пер. с нем. Архангельск, 1993.
Панков Д. В. Рациональная психотерапия: Метод, рекомендации. М., 1975.
Панков Д. В. Рациональная и разъяснительная психотерапия // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С. 188-212.
Панов А. Г... Беляев Г. С., Лобзин В. С.. Копылова И. А. Теория и практика аутогенной тренировки / Под ред. В. С. Лобзина. Л., 1980.
Петров Н. Самовнушение в древности и сегодня: Пер. с болг. М., 1986.
Петрова Е. Опыт экспериментального исследования русских волшебных сказок в рамках гештальт-подхода // Гештальт-95. М., 1995.
Платонов К. И. Слово как физиологический и лечебный фактор. М., 1962.
Платонов К. К. Личностный подход в понимании психосоматических взаимоотношений // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Тез. докл. М„ 1972. С. 47-55.
Платонов К, К. Методологические проблемы медицинской психологии. М., 1977.
Покровский Ю. Л. Ступенчатый эмоционально-стрессовый вариант аутогенной тренировки в системе комплексной психотерапии на ранних этапах формирования неврозов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1985.
Поповский А. Д. Законы жизни. М., 1971.
Психологический словарь. М., 1983.
Пушкин В. Н. Психологические возможности человека. М., 1972.
Пушкин В. Н. О материальной основе отражения действительности // Вопр. психогигиены, психофизиологии, социологии труда в угольн. промышленности: Сб. научн. тр. М., 1980. С. 326-341.
Рахимов В. М. Психотерапия в сурдологии. Киев, 1988.
Репин АА. Психология, психогигиена и психопрофилактика плавсостава. М., 1979.
Ричардсон Р. Семейная психотерапия: Пер. с англ. М., 1992.
Ромен А. С. Самовнушение и его влияние на организм. Алма-Ата, 1970.
Ромен А. С. Психическая саморегуляция в условиях производства // Материалы 1-го Всесоюз. межотрасл. семинара. М., 1986. С. 94-98.
Рожнов В. Е. Лекции по психотерапии. М., 1971.
Рожнов В. Е. Гипносуггестивная психотерапия. М., 1975.
Рожнов В. Е. Теория и практика советской психотерапии. М., 1982.
Рожнов В. Е.. Драпкин Б. 3. Особенности психотерапии детей и подростков // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 2-е изд. Ташкен, 1979. С. 497-516.
Рожнов В. Е; Мацанов А. К. Психотерапия в онкологии // Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. 2-е изд. Ташкент, 1979. С. 559-571.

Рожнов В. Е., Свешников А. В. Эмоционально-стрессовая эстетопсихотерапия // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985.
Рожновская 3. В. Психотерапия сексуальных нарушений у женщин // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С. 524-537.
Романова Е. С., Потемкина С. Ф. Графические методы в психологической диагностике. М., 1992.
Рудестам К. Групповая психотерапия. Психокоррекционные группы:
теория и практика: Пер. с англ. М., 1990.
Руководство по психотерапии / Под ред. В. Е. Рожнова. Ташкент, 1985.
Свядощ А. М. Об информационных аспектах психотерапии // Материалы 5-го Всесоюз. съезда невропатологов и психиатров. М., 1969. Т. 3. С. 314-317.
Свядощ А. М. Неврозы. М., 1982.
Селье Т. Стресс без дистресса: Пер. с англ. М., 1979.
Семейная психотерапия у подростков при психопатиях, акцентуациях характера и неврозоподобных состояниях: Метод, рекомендации / Под ред. А. Е. Личко. М., 1980.
Семейная психотерапия при неврозах: Метод, рекомендации / Под ред. А. Е. Личко. Л., 1976.
Семейная психотерапия при неврозах и психических заболеваниях:
Метод, рекомендации / Под ред. В. К. Мягер, Р. А. Зачепицкого. Л., 1977.
Сидоренко Е. В. Опыты реориентационного тренинга. СПб., 1995.
Слободяник А. П. Психотерапия, внушение, гипноз. Изд. 4-е. Киев, 1982.

Слуцкий А. С., Цапкин В. Н. Групповая эмоционально-стрессовая психотерапия // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С. 213-255.
Случевский И. Ф., Фрикен А. А. Об атропиновом лечении хронического алкоголизма // Сов. врачеб. газета. 1933. № 12. С. 557-561.
Соболь К. И. Философские принципы психоаналитической теории Зигмунда Фрейда. Автореф. дис. ... канд. философ, наук. М., 1961.
Сумбаев И. С. К теории и практике психотерапии. Иркутск, 1946.
Сухарева Г. Е. Лекции по психиатрии детского возраста: Избранные главы. М., 1974.
Телешевская М. Э. Наркопсихотерапия при неврозах. Л., 1969.
Телешевская М. Э, Наркопсихотерапии // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С. 319-332.
Телешевская М. Э., Буртянский Д. Л,, Филатов А. Т. Реабилитация больных неврозами. Киев, 1980.
*Токарский А.А.Т*ерапевтическое применение гипнотизма. М., 1890.
Транскультуральные исследования в психотерапии: Сб. науч. тр. Л., 1989.
Тричнер К. С. Биология и информация: элементы биологической термодинамики. Т., 1969.
Ушаков Г. К. Пограничные нервно-психические расстройства. М., 1978.

Фейдимен Дж., Фрейгер Р. Личность и личностный рост: Пер. с англ.М., 1985.
Ферруччи П. Кем мы можем быть: Пер. с англ. М., 1992.
Филатов А. Т. Лечение наркомании. М., 1974.
Филатов А. Т. Аутогенная тренировка. Киев, 1979.
Филатов А. Т., Морозов А. М. Психогигиена, психопрофилактика и психотерапия в спорте // Руководство по психотерапии. Ташкент, 1985. С. 100-118.
Форель А. Гипнотизм, внушение и психотерапия: Пер. с нем. Л., 1928. *Фрейд А.* Введение в детский психоанализ // Детская сексуальность и психоанализ детских неврозов. СПб., 1997. С. 173-218.
Фрейд 3. Теория полового влечения: Пер. с нем. СПб., 1912.
Фрейд 3. Методика и техника психоанализа: Пер. с нем. Москва; Петербург, 1923.
Фрейд 3. О Психоанализе. Пять лекций: Пер. с нем. // Хрестоматия по истории психологии. М., 1980. С. 148-183.
Фрейд 3. Введение в психоанализ. Лекции: Пер. с нем. М., 1989.
Фрейд 3. Психология бессознательного: Пер. с нем. М., 1989.
Фрейд 3. Очерки по психологии сексуальности: Пер. с нем. М., 1989:
Фрейд 3. Психоаналитические этюды: Пер. с нем. Мн., 1991.
Хананашвили М. М. Информационные неврозы. Л., 1978.
Шевченко Ю. С.. Добридень В. П. Онтогенетически ориентированная психотерапия (методика ИНТЭКС): Практ. пособие. М., 1998.
Шерток Л. Гипноз: Пер. с франц. Л., 1972.
Шерток Л. Непознанное в психике человека: Пер. с франц. М., 1982.
Шкода Ц. Вопросы оценки эффективности психотерапии // Материалы 3-го Междунар. симпоз. соц. стран по психотерапии. Л., 1979. С. 179-182.
Эйдемиллер Э. Г. Методы семейной диагностики и психотерапии: Метод. пособием., 1996.
Эйдемиллер Э. Г.. Юстицкий В. В. Семейная психотерапия. Л., 1990.
Эйнштейн А. Сущность теории относительности // Собр. науч. тр. М.,1966. Т 2. С. 24.
Энрайт Дж. Гештальт, ведущий к просветлению: Пер. с англ. М.,1988.
Эриксон Э. Идентичность: Юность и кризис. М., 1996.
Юнг К. Психологические типы: Пер. с нем. М., 1924.
Юнг К. Архетип и символ: Пер. с нем. М., 1991.
Якубик А. Истерия. М., 1982.
Ярошевский М. Г. Зигмунд Фрейд - выдающийся исследователь психической жизни человека. Вступ. статья к кн.: 3. Фрейд. Психология бессознательного. М., 1989.
Adler F. Understanding human nature. London, 1928.
Alexander F. The use of the self. New York, 1932.
Alexander F. Psychosomatische Medizin. Berlin, 1952.
Alien F. Psychotherapy with Children. New York, 1942.
Axline V. Play therapy procedures and results // Amer. J. Orthopsychiatry. 1955. Vol. 25. P. 618-626.

Bask K. Beyond Word: The stady of sensitivity training and encounter movement. New York, 1972.
Bales R. Personality and interpersonal behavior. New York, 1970.

Beloff I. Direction in Parapsychology. New York, 1975.
Bennis W., Shepard H. Theory of group development // Analysis of groups / End. Gibbard G., Herman J., Mann R. San-Francisco, 1974. *P. 274-286.*
Bettelheim B. The Uses of Enchantment. New York, 1975.
Bion W. Experiences in groups. New York, 1959.
Bogdanoff M; Elbaum P. Role lock: Dealing with monopolizers mistrusters, isolates, helpful Hannahs and other assorted characters in group psychotherapy // Intern. J. Group Psychotherapy. 1978. N 28. P. 247 261.
Bogard D. The complete trainer // J. Appl. Behavior Sci. 1966. N2. P. 360-361.
Cameron-Bandler L. Solutions Practical Effective Antidotes for Sexul and Relationship Problems. California, 1985.
Carkhuff R,, Berenson B. Beyond counseling and psychotherapy. New York, 1977.
Casriel D. So fair a hose: The story of Synanon. Englewood Cliffs. New York, 1963.
Citrenbaum Ch. M., King M. E; Cohen W. I. Modern Clinical Hypnosis for Habit Control. New York; London, 1985.
Clogiet J. Ablation d'un cancer du scin pendant le sommeil magnetigue // Arch. Gen. Med. 1829. Vol. 1. N 20. P. 131-134.
Cottraux J. Les Therapies comportementales. Paris. 1978.
Dean E. Precognition and Retrocognition // Psychic Explotation / Ed. J. White. New York, 1976. P. 8-153.
Ellis A. Reason and emotion in psychotherapy. New York, 1962.
Erikson M. The induction of color by a technigue of hypnotic suggestion // J. Psychol. 1939. Vol. 20, N 61. P. 89.
Erikaon M. Hypnosis: its renascence as a treatment modality // Amer. J. Clin. Hypn. 1970. N 13, P. 71-89.
Erikaon M., Rossi E; Rossi S. Hypnotic realities. New York, 1976.
Erikson E. Identity, youth and crisis. Yew York, 1968.
Erikson E. Candhis truth. New York, 1969.
Everly G. S., Rosenfeld R. The Nature and Treatment of the Stress Response: A Practical Guide for Clinicians. New York; London, 1981.
Feldenkrais M. Awarents through movement. New York, 1972.
Ferenczi S. Transfers et intojection // Fereneris Psychoanalyse J. Paris, 1975. Vol. 1. P. 59.
Fervers K. Die Narkoanalyse als initiale Methode der Psychotherapie. Miinchen, 1951.
Fiebert M. Sensitivity training: An analysis of trainer interventions and group process // Psychol. Reports. 1968. N 2. P. 829-838.
Forel A. Der Hypnoticmus, seine psycho-physiologische medizinische strefrechtiliche Bedeutung und seine Handbuch. Stuttgard, 1891.
Franki V. Arztliche seelsorge. Wien, 1966. *Freud S.* Die Traumdeutung. Wien, 1990.

Freud S. Bruchstuck einer Hysterienalyse. Wien, 1905.
Freud S. Uber Psychoanalyse. Wien, 1910.
Freud S. Uber neurotische Erkrankungstypen. Wien, 1912.
Freud S. Weitere Ratschlage zur Technik der Psychoanalyse // G.W. 1914. N 10. P. 126.
Freud S. Triebe und Triebschicksale // G. W. 1916. N 10. P. 210.
Freud S. Vorlesungen zur Einfuhrung in die Psychoanalyse. Wien, 1916-1917.
Freud S. Das Ich und das Es. Wien, 1923.
Freud S. Neue Folge der Vorlesungen zur Einfilhrung in die Psychoanalyse. Wien, 1933.
Gibson M. Hypnosis with children // Brit. J. Experim. Clin. Hypnosis. 1984. Vol. 12. P. 31-34.
Greenson R. The technigue and practice of psychoanalysis. New York, 1986.
Hartly D,, Robak H; Abramovitz S. Deterioration effects in encounter groups // Amer. Psyehol. J. 1976. N 31. P. 247-255.
Hilgard E. R.. Hilgard J. R. Hypnosis in the Relief of Pain. Los Altos, California, 1975.
Horsley S. Narcoanalysis. London, 1943. Interaction in small groups /

Ed. Crosbic P. Yew York, 1975.
Jacobson E. Progressiv relaxation. Chicago, 1938.
Jacobson E. You must relax. New York, 1976.
Jourard S. The transparent self: Self disclosure and well-being. New York, 1964.
Jung C. Ober die Psychologie der Dementia praecox. Halle, 1907.
Kaiser H. The problem of responsibility in paychotherapy // Psychiatry. 1955. Vol. 13. P. 205-211.
Kaplan H. I; Sadock B. J, Synopsis of Psychiatry, 6th Edition. Baltimore, 1991.
Kellerman H. Group psychotherapy and personality. New York, 1979.
Kelley C. Assertion training: A facilitators guide. La Jolla, Californie, 1979.
Kelman H. The role of the group in the induction of therapeutic change // Intern. J. Group Psychotherapy. 1963. Vol. 13. P. 399-*432.*
Koffka K. Principles of Gestalt psychology. New York, 1935.
Kohler W. Gestalt psychology: An introduction to new concepts in modern psychology. New York, 1947.
Kratochvil S. Psychotherapie. Praha, 1976.
Kratochvil S. Scupinova psychotherapia neuros. Praha, 1978.
Kretschmer E. Psychotherapeutische Studien. Stuttgard, 1949.
Lacroiz J. Biofeedback and relaxion in the treatment of migraine headaches: comparative effectiveness and physiological correlates // J. Neurol., Neurosurg., Psychiatry. 1983. Vol. 46. P. 526-532.
Lange A., Jakubowski P. Responsible assertive behavior. Champaing, 1976.
Lakin M. Interpersonal encounter: Theory and practice in sensitivity training. New York, 1972.

Latner J. The Gestalt therapy book. New York, 1973.
Leary T. Interpersonal diagnosis of personality. New York, 1957.
Leder S., Karwassarski B. Psychoterapia grupowa. Wargzawa, 1983.
Lewin K. Field theory in social science: Selected theoretical papers. New York, 1951.
Lewin K.. Lippitt B.. White B. // J. Soc. Psychol. 1939. N 10. P. 271-*299.*
Liberman M. Encounter groups. New York, 1973.
Luft J. Group processes: An introduction in group dynamics. Palo Alto, California, 1970.
Luthe W,, Schultz J. // Autogenic Therapy. London, 1969. Vol. 6.
Mintz E. Mrathon droups: Reality and aimbol. New York, 1971.
Minuchin S. Families and Family Therapy. Cambrige, 1974.
Moreno J. Group method and group psychotherapy. New York, 1932.
Moreno J. Psychodrama. New York, 1945.
Mowrcr 0. The new therapy group therapy. New York, 1964.
Muller-Hegemann D. Psychotherapie. Berlin, 1959,
Oiness K. Hypnosis in pediatric practice // Current Problems in Pediatrics. 1981. Vol. 12. P. 3-47.
Oiness K. Hypnotherapy: A useful tool for busy pediatricians // Contemporary Pediatrics. 1985. P. 66-68.
Orne M. The nature of hypnosis: Artifact and essene // J. Abnorm. Soc. Psychol. 1959. Vol. 58. P. 277-299.
Parloff M. Group therapy and the small-group field: An encounter // Intern. J. Group Psychotherapy. 1970. Vol. 20. P. 267-304.
Peris F. Ego, hunger and aggression. New York, 1969. *Peris F.* Gestalt therapy verbatim. Lafayette; California, 1969.
Peris F. The Gestalt approach and eye witness to therapy. Palo Alto; California, 1973.
Petrovic' St. Teorijski aspect! duSevne zrelsti // Vojnosanit Pregl. 1986. Vol. 43, N 2. P. 143-146.
Reich W. Character analysis. New York, 1949.
Rogers C. The therapeutic relationship and it's impact. Madicon, 1967.
Rogers C. Carl Rogers on encounter groups. New York, 1970.
Rolf J. Structural integration: Gaunter-part of psychological integration /Ed. P. Olsen. New York. 1976.

Rose S. Groupe therapy: A behavioral approach. New York, 1977.
Ross W., Klingfeld.. Witman R. Psychiatrists, patients and sensitivity groups // Arch. Gen. Psychiatry. 1971. Vol. 25. P. 178-180.
Rimke H. // Dtsch. Z. ges Gericht. Med. 1952. Bd 41, H. 4/5. 246.
Schein E., Bennis W. Personal and organizational shange through group methods. New York, 1965.
Schilder P. Psychotherapy. New York, 1938.
Schonke A. II Nervenartz. 1950. N 6. P. 241-259.
Schultz J. Das Autogene Training (konzentrative selbstentspannung). Berlin, I960.
Schutz W. A three-dimensional theory of interpersonal behavior. New York, 1958.

Schutz W. Here comes everybody: Bodymind and encounter culture. New York, 1971.
Shapiro J. Methods of psychotherapy and encounter. Itasca, 1978.
Shepard M. The love treatment. Sexual intimacy between patients and psychotherapists. New York, 1971.
Skinner B. Science on human behavior. New York, 1953.
Slavson S. Personality gualification of group psychotherapist // Intern. J. Group Psychother. 1962. N 12. P. 411-420.
Stewart H. The nature of controlling forces in the hypnotic relationship / In: Chertok L. Psychological mechanizms of hypnosis. New York, 1969. P. 199-202.
Strotzka H. II Psychiatric. Roch, 1986. H. 84/85.
Surwit R., Williams R., Shapiro D. Behavioral Approaches to Cardiovascular Disease. New York; London, 1982.
T-group theory and the laboratory method / Eds. Brandford L., Gibb J., Benne K. New York, 1964.
Thoma H; Kachele H. Psychoanalytic Practice. Berlin, 1992.
Taylor J. Superminds. London, 1975.
Toy lor E. Psychology of Religions and Asion Studies; The William James Legacy // J. Transpersonal Psychol. 1978. Vol. 10. P. 67-79.
Tiller W. Dewices for Monitoring Nonphysical Energies // Psychic Exploration / Ed. J. White. 1976. P. 488-521.
Tuskman B. Developmental sequence in small groups // Psychol. Bull. 1965. Vol. 63. P. 384-399.
Yalom J. Theory and practice of group psychotherapy. New York, 1975.
Yalom J., Liberman M. // Arch. Gen. Psychiatry. 1971. Vol. 25. P. 16-31.
Vetro A; Szentistvanyi L., Pallag L; Vargha M.. Szilard G. Therapeutic Experience .with Luthium in Childhood Agressivity // Neuropsycho-biology. 1985. Vol. 14, N 3. P. 121-127.
Webb N. B. Play Therapy with Children. New York, 1991.
Wolberg L. Medical hypnosis. New York, 1948. *Wolpe J.* Psychotherapy by reciprocal inhibition. Stanford, 1958.

ОГЛАВЛЕНИЕ

Самовнушение

Часть 2

ПСИХОАНАЛИЗ И НЕДИРЕКТИВНАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Теоретические основы и главные направления ведирективной психотерапии

Рациональаая психотерапия

Классический психоанализ

Психосинтез

Позитивная психотерапия

Нейролингвистическое программирование

Групповая психотерапия

Трансакционный анализ

Часть 3
ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОЙ И ПОДРОСТКОВОЙ ПСИХОТЕРАПИИ

Производственно-практическое издание

Кондрашенко Валентин Тимофеевич Донской Дмитрий Иванович Игумнов Сергей Александрович

ОБЩАЯ ПСИХОТЕРАПИЯ

Редактор *Л. А. Коржева* Художник переплета и
художественный редактор *В. А. Ярошевич* Технический редактор *И. П. Тихонова* Корректоры *Н. И. Бондйренко, Т. К. Хвалъ* Набор и компьютерная верстка *И. В. Скубий*

Подписано в печать с диапозитивов издательства «Вышэйшая школа» 06.05.99. Формат 84 x 108/32. Бумага тип. № 2. Гарнитура «Школьная*. Офсетная печать. Усл. печ. л. 27,72. Уч.-изд. л. 28,5. Тираж б 000 экз. Зак. 1448.

ГП «Издательство "Вышэйшая школа"». Лицензия ЛВ № 5 от 22.12.97. 220048, Минск, проспект Машерова, 11.

Отпечатано с оригинала-макета заказчика в типографии издательства «Белорусский Дом печати». 220013, Минск, проспект Ф. Скорины, 79.

Кондрашенко В.Т., Донской Д.И. Общая психотерапия: – 3-е изд., испр. и доп. – Мн.: Выш. школа, 1998. – 463 с.

396

Часть

3

ПАРАПСИХОЛОГИЯ И СОВРЕМЕННОЕ ЕСТЕСТВОЗНАНИЕ

ПОДХОД К ПРОБЛЕМЕ

Еще 3—4 десятилетия назад термин *парапсихология* использовался для условного обозначения некоторой области необычных явлений, объяснение которых было невозможно с точки зрения традиционного естествознания.

В Большой Советской Энциклопедии (БСЭ) 1967 г. издания о парапсихологии сказано: «До сего времени многие ученые сомневаются в правомерности отнесения парапсихологии к категории научных дисциплин».

В третьем издании БСЭ (1978) отношение к парапсихологии меняется. «Таким образом, — читаем мы в разделе «Парапсихология», написанном видными психологами В. П. Зинченко и А. Н. Леонтьевым, — в том, что объединяется термином «парапсихология», нужно различать, с одной стороны, мнимые, рекламируемые мистиками и шарлатанами «сверхъестественные» феномены, а с другой стороны, явления реально существующие, но еще не получившие удовлетворительного научного психологического и физического объяснения... некоторые из них, по-видимому, действительно имеют место».

Если же обратиться к «Психологическому словарю» (1983), то там парапсихология определяется уже как «направление в психологии, изучающее экстрасенсорные способы приема информации, формы воздействия живого существа на физические явления, проходящие вне организма, без посредства мышечных усилий».

Сейчас на Западе и у нас настойчиво говорят о необходимости создания в системе фундаментальных наук спе-

397

циального научного направления — информационной биофизики (экстрасенсорики).

Выделяют следующие основные **парапсихологические феномены:**

• *телепатию* — мысленное общение между передающим и принимающим субъектами (индуктором и реципиентом);
• *ясновидение* — получение знаний об объективных событиях внешнего мира, не основанное на работе известных органов чувств и суждений разума;
• *проскопию* (предвидение) — частный случай ясновидения, относящийся к предсказаниям будущих событий;
• *реинкарнацию* — повторное рождение, воплощение умершего (или живущего) в другом человеке;
• *ретроспекцию* — способность видеть прошедшие события, точно их описывать;
• *интроспекцию* — визуальное наблюдение объектов, явлений, процессов в теле человека с помощью мысленного (паранормального) видения;
• *дермовидение* («кожное зрение») — видение с помощью кожных покровов разных частей человеческого тела;
• *«мысленные фотографии»* — изображения, которые экстрасенс мысленно воспроизводит на фотопленке;
• *психометрию* — получение любой информации о человеке при исследовании какого-либо предмета (кусок сахара, фотография);
• *лозоискательство* (биолокационный эффект) — отыскивание с помощью вспомогательного индикатора (изогнутая металлическая проволока, лоза) скопления подземных вод, руд, пустот и т. д.;
• *психокинез* (телекинез) — мысленное воздействие человека на окружающие предметы без использования мышечной силы;
• *левитацию* — парение или подвешивание объектов в воздухе без посторонней помощи;
• *полтергейст* — самопроизвольное, но часто осмысленное передвижение предметов, производство звуков, запахов и т. п.

Людей, обладающих повышенной чувствительностью к биополю и способных им управлять, называют *экстрасенсами,* или, с легкой руки Шафики Карагула, *сенсити-вами.*

398

Существуют многочисленные классификации пара-психологических феноменов (пси-явлений). Наиболее полная, на наш взгляд, представлена А. П. Дубровым и В. Н. Пушкиным (1990). Все известные пси-явления в зависимости от их возможных механизмов авторы подразделяют на три основные группы:

1. Пространственно-временные пси-явления: реинкарнация, ретроспекция, ясновидение, теле-портация, астральная проекция (появление «двойника»), предвидение.

2. Полевые и силовые пси-явления: психоки-нез, телекинез, левитация, полтергейст, мысленная фотография, телепатия.

3. Материально-энергетические пси-явления: материализация — дематериализация, тета-явле-ния, эктоплазма.

В дальнейшем мы рассмотрим некоторые наиболее часто встречающиеся парапсихологические феномены. Более того, постараемся дать им научное объяснение, вернее, наметить концепции, посредством которых на современном уровне развития естественных наук возможно объяснение природы этих феноменов. Но перед этим, и прежде всего с целью определения собственной позиции в этом сложном вопросе, мы остановимся на некоторых теоретико-методологических аспектах парапсихологии.

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПАРАПСИХОЛОГИИ

Первый вопрос, который стоит перед современными исследователями этой проблемы, — вопрос о том, существуют ли парапсихологические феномены? Не выдумки ли это и фокусы шарлатанов и не продукт ли нездоровой психики? И вообще, имеет ли парапсихология право на существование?

Вопрос этот не так прост, ибо для скептического отношения к проблеме есть достаточно веские основания.

1. Практически все парапсихологические феномены трудно объяснить с современных научных позиций.

2. Факты пси-явлений встречаются редко, так же как и люди, способные, например, к телепатии или телекинезу. Более того, экстрасенс, наделенный этими способно-

стями, далеко не всегда может их произвольно воспроизвести. Для этого нужен определенный настрой, а то и особое состояние сознания.

3. Многие парапсихологи себе во вред утверждают, что пси-явления имеют нематериальную природу, а это окончательно запутывает проблему, ибо мистификация сама по себе альтернативна естествознанию.

4. С другой стороны, многие современные парапсихологи строят свои теории на недостаточно аргументированном положении о том, что мысль материальна и, как любая форма материи, способна взаимодействовать с окружающим миром, а это, что называется, «с порога» отталкивает многих естествоиспытателей, особенно философов.

Есть и более частные, но не менее сложные вопросы, которые являются постоянными «яблоками раздора» между парапсихологами и их оппонентами. Какой субстрат является агентом пси-явлений? Откуда берется энергия для этого агента? Какова коммуникация, т. е. каков способ передачи информации и энергии между людьми при пси-явлениях?

Как видим, приведенные аргументы достаточно серьезны, чтобы поставить под сомнение вопрос о реальности пси-явлений. Поэтому многие ученые настойчивы во мнении, что парапсихология несовместима с научной психологией. Устав Международной ассоциации научной психологии считает, что занятия парапсихологией не могут быть совмещены с пребыванием в этой ассоциации, а доклады, посвященные проблеме парапсихологии, не могут быть включены в программу съездов научных психологов. Этот Устав был принят более 10 лет назад, но остается в силе и поныне.

До сих пор считается признаком хорошего тона и истинной учености отвергать и критиковать все, что касается парапсихологических феноменов и самой парапсихологии. Подход, увы, традиционен: если мы не можем с существующих научных позиций объяснить то или иное явление, то проще всего отвергнуть и само явление.

Самое трудное, на наш взгляд, для человека, считающего себя компетентным в определенных областях зна-

ний, — это преодоление имеющихся традиций, устоявшихся «положений» о тех или иных явлениях природы, а уж тем более — признание новых форм существования материи. Нужно отметить, что физики в этом отношении менее консервативны, чем биологи и психологи.

Вспомните ставшее историческим благодаря своей парадоксальности заключение Французской академии наук во главе с великим Лавуазье по поводу метеоритов, гласившее, что «камни с неба падать не могут, потому что их там нет».

Этот психологический барьер рано или поздно придется преодолевать. Человечество сейчас накопило огромное количество фактов, неопровержимо доказывающих наличие парапсихологических феноменов, а это в свою очередь неминуемо должно привести к серьезному, если не коренному пересмотру основных концепций философии, физики, биологии, психологии, медицины. В итоге, как это было уже ню раз, количество знаний должно перейти в их новое качество. Прежде всего это затрагивает такие основополагающие понятия, как пространство, время, живая материя, психика, разум.

Таким о»бразом, дело не в огульном непризнании парапсихологических феноменов, а в их серьезном исследовании на уровне современных знаний.

В этом смысле нельзя согласиться с петербургским философом! и экстрасенсом Анатолием Мартыновым, который считает, что целителю-экстрасенсу не обязательно иметь врачебный диплом, важнее иметь мощное биополе, а золотым правилом диагностики должно быть «полное незнание истории болезни пациента» (Мартынов, 1990).

Нераспознанное еще не есть несуществующее. Если то или иное «явление действительно существует, если оно достоверно зарегистрировано, если при его фиксации не были допущены ошибки или недобросовестная подтасовка фактов, то явление это, на наш взгляд, нужно отнести к определенному направлению естествознания и исследовать объективными научными методами.

Парапсихологические феномены издревле относились к области оккультных («тайных») знаний, глубоко зашифрованнных самой природой. В этом есть определенный смысл, так: как тайна спасала людей от недобросовестного

использования великих сил природы (вспомните энергию атомного ядра). С другой стороны, «оккультизм» парапсихологических феноменов давал широкое поле для их мистификации.

Человечество, как это было уже не раз, отдавало силы природы и свои собственные возможности во власть Бога, а потом уже у Бога вымаливало их для себя.

Наше время, время информационного взрыва, предъявляет к психике человека повышенные требования. Поэтому именно сейчас использование таинственных и могущественных свойств человеческой психики должно стать особенно

актуальным. В связи с меняющимися условиями труда, в связи со все возрастающим темпом жизни человек уже не может ограничиться своими обычными возможностями, не используя тех резервов, которые заложены в него природой.
Для современного исследователя парапсихологических феноменов не должно быть альтернативы: наука или мистика. Какими бы необычными ни были эти феномены, они не более удивительны, чем, например, установленный в современной физике факт одновременного пребывания одного и того же электрона в двух различных точках пространства. Но для того чтобы этот факт понять и доказать, должны были появиться на свет теория относительности, понятие континуума пространства — времени, квантовая механика.
Нужно признать, что мы не можем с позиций современных научных знаний объяснить природу большинства парапсихологических явлений. Но разве не то же самое происходит и в других областях знаний? Скажем, психологи до сих пор не знают, что является предметом их исследования. Что представляют собой психические процессы? Какова их материальная природа? А ведь без решения этого фундаментального вопроса и сама научная психология не может вписаться в сферу естественных наук. В медицине, в частности в психиатрии, не известны этиология и патогенез таких заболеваний, как шизофрения, маниакально-депрессивный психоз. Более того, мы не знаем природы таких массовых заболеваний, как невроз или алкоголизм. Но при этом сам факт существования перечисленных заболеваний не ставится под вопрос.

ИСТОРИЯ ВОПРОСА

История парапсихологии уходит своими корнями в глубину веков. Принято выделять древний, ранний (XIII—XVII вв.), средний (середина XVII — середина XX в.) и современный периоды истории парапсихологии.
Люди издавна сталкивались с паранормальными явлениями, но тайны этих явлений ревностно хранили жрецы, шаманы, оракулы и т. п.
Ранний период характеризуется широким распространением мистических верований, колдовства, гаданий и т. д. Кстати сказать, в этот период наука развивалась в полном согласии с магией (например, алхимия, геология и др.).
Это, однако, не мешало сжигать на кострах «колдунов» и «ведьм». Сохранились сведения, что в этот период было сожжено около полумиллиона человек, из них 85 процентов женщин.
Средний период дал миру Месмера с его теорией флюидов, «животного магнетизма». Карла Рейхенбаха с его «адческой энергией», Вильгельма Райха с его "оргонной энергией".
В 1882 г. в Лондоне было создано «Общество по исследованию психических явлений» во главе с Генри Сидвигом и Францем Антоном Месмером.
Среди отечественных ученых, исследовавших проблемы парапсихологии, можно отметить Д. И. Менделеева, В. М. Бехтерева, Л. Л. Васильева.
Следует задуматься над тем фактом, что помимо ученых и священнослужителей существовала еще одна группа людей, которая всегда интересовалась парапсихологией и часто использовала феноменальные способности отдельных людей с определенной целью. Я имею в виду разведки всех мастей, органы государственной безопасности и т. п. Вспомните хотя бы судьбу Вольфа Мессинга. НКВД не сомневался (в отличие от ученых) в его способностях и не случайно книга, которую он написал об опыте своей работы, до сих пор не опубликована.
Современный период начинается примерно с 70-х годов нашего столетия, когда в различных центрах и институтах началось серьезное изучение парапсихологиче-

ских явлений. Сейчас таких центров более тридцати. Создан такой центр и при Московском научно-техническом обществе — Комитет по проблемам энергоинформационного обмена в природе.
Стала появляться литература по научному анализу этой проблемы. Среди наиболее известных нашему читателю следует отметить монографии Б. Д. Кажинского «Биологическая радиосвязь» (1962), Л. Л. Васильева «Загадочные явления человеческой психики» (1960), Джефери Мишлофа «Корни сознания» (1982) и Ф. Ю. Зигеля «Вещество во вселенной» (1982).
Сейчас в мире работает более 100 кафедр парапсихологии, первая из которых была основана в Калифорнийском университете Дж. Мишлофом.
Интерес к парапсихологии с каждым годом все больше растет. В связи с этим растет и количество литературы, посвященной этой проблеме. Достаточно сказать, что библиография сравнительно небольшой книги А. П. Дуброва и В. Н. Пушкина «Парапсихология и современное естествознание» (1990) содержит 534 источника.
Разработано множество различных методик, объективизирующих пси-явления и экстрасенсорные возможности человека. Среди них — аурография по П. Ч. Гуляеву, фотографирование биополя по С. Д. Кирлиану (в поле СВЧ), фиксирование на фото- и кинопленку зрительных галлюцинаций по Г. П. Крохалеву, оригинальный метод фиксации биопотенциалов при телепатическом эффекте американца Стенли Криппнера, дистанционное навязывание информации и поведенческих реакций посредством вживленных электродов американца Хосе Дельгадо. Последний метод нам представляется наиболее перспективным (Кондрашенко, 1995).

НЕКОТОРЫЕ ФОРМЫ ПСИ-ЯВЛЕНИЙ

Телепатия. Факты, когда мать на огромном расстоянии чувствует беду ребенка, известны давно. Количество экспериментов, подтверждающих телепатическую связь, сейчас просто не поддается учету.

Широкую известность получил эксперимент, поставленный специалистами ВМС США с использованием подводной лодки «Наутилус». Позже подобные эксперимен-

ты повторялись многократно, в том числе и нашим ленинградским исследователем Л. Л. Васильевым. В результате был доказан факт телепатической передачи информации, но одновременно и «похоронена» электромагнитная гипотеза природы этого явления.

Не менее интересные эксперименты, также подтверждающие наличие телепатических каналов связи, были поставлены на отечественном ВМФ. На одной из двух атомных подлодок, находившихся в разных океанах, поместили крольчиху, на другой — ее крольчат. В строго определенное астрономическое время кожа крольчат раздражалась электрическим током; при этом синхронно дергалась и кожа крольчихи.

Совсем недавно в США и Франции ставились совместные эксперименты по созданию устройства биологической связи с помощью улиток. Вот один эксперимент из этой серии. В загончик было выпущено 25 пар улиток. Они естественным способом образовали брачные пары. После этого пары были разделены: одних особей оставили в США, а других перевезли во Францию. Если одну улитку пары раздражали током (или кислотой), она сжималась;

в это же время синхронно сжималась и вторая. Сейчас делается попытка создать на этом принципе устройство передачи информации (по типу аппарата Воде). Считается, что в современной войне, когда рухнут все антенны, придет время биологической связи. С этой целью в штатном расписании военно-морской базы США есть два сенситива.

Опытами Н. В. Пушкина и А. П. Дуброва доказана телепатическая связь человека и растения. Эти остроумно поставленные эксперименты были повторены почти во всех странах мира, и эффект Пушкина — Дуброва нашел свое подтверждение. Недалеко то время, когда преступление, совершенное в присутствии фикуса, будет так же доказательно, как и оставленные отпечатки пальцев.

Большое количество фактов телепатической связи описаны видным психиатром и психологом, турчанкой по происхождению, ныне работающей в США, Шафикой Карагула.

В 1971 г. в США было проведено 4 телепатических сеанса с космическим кораблем «Аполлон-4». Информа-

цию передавал с помощью карт Зенера космонавт Митчел с Луны на Землю. Результаты эксперимента выявили высокую степень достоверности телепатической связи (P< <0,0003).

Биолокационный эффект (лозонскательство). Название феномена не совсем удачно, так как сам эффект с локацией и биофизикой связан мало.

Лозоход берет в руки Г-образный прут из дерева или проволоки и свободно, без напряжения, держит его в руке. Если представить движение (вращение) этого прута, то он начинает вращаться. Это типичный идеомоторный эффект, а лоза — видоизмененный маятник Шевроле. Для того чтобы лоза остановилась, нужно определенное напряжение экстрасенса, отсутствие мыслей, фиксированных на лозе, и фиксация на предмете поиска. Вот тут-то и начинаются «чудеса». Если лозоход (оператор) проходит над местом, где имеется подземная вода, нефть, руда и т. д., то лоза делает поворот и указывает место и направление источника.

В отличие от других парапсихологических феноменов биолокационный эффект уже давно находит широкое практическое применение.

В США операторов готовят на специальных курсах и выдают им (в зависимости от способностей) дипломы трех степеней. Создано специальное общество, объединяющее около 25 тысяч операторов. Операторы в армии США привлекаются к поискам немагнитных мин (опыт войны во Вьетнаме) и засыпанных землей людей (землетрясения, обвалы).

В СССР была создана Межведомственная комиссия по биолокационному эффекту во главе с доктором геолого-минералогических наук профессором Н. Н. Сочевановым. Было организовано около 60 групп операторов, которые работали в разных ведомствах, но в основном их деятельность была направлена на геологическую разведку. Существуют официальные данные: в Челябинской области за 10 лет (1967—1976) по данным операторов-лозоходов было заложено 1220 буровых скважин на воду, из них только 8 процентов оказались безводными. (Для сравнения: из скважин, заложенных по данным геофизиков, безводными оказались 18 процентов.)

Несколько лет назад оператор В. Филимонов на трассе газопровода Торжок — Минск — Ивацевичи правильно определил 16 пересечений газопровода с кабелем.

Успешно работают операторы-лозоходы в археологических экспедициях. Например, ими было найдено скифское городище в Крыму.

Документально зафиксированы успешные поиски альпинистов, погребенных в толщах снега, людей — жертв землетрясения и т. д.

Не так давно в Германии праздновалось тысячелетие крупного месторождения серебра в Западных ее землях. В честь этого была выпущена специальная монета с изображением рамки лозоходов, которые нашли это месторождение.

Два века тому назад в России по приказу Екатерины II в герб Петрозаводска была включена изыскательская лоза.

Многолетний опыт показывает, что лоза может быть заменена просто руками экстрасенса, а само лозоискательство не менее эффективно, если операторы работают не в «поле», а по карте или фотографии. Объяснить это одним только идеомоторным эффектом, с нашей точки зрения, невозможно.

Биолокационный эффект представляет несомненный интерес еще и в том плане, что он используется экстрасенсами для диагностики повреждений внутренних органов, а также с целью «локации» и «коррекции» биополя человека, о чем мы еще будем вести речь.

Ясновидение. Этому интересному феномену посвящена обширная литература. Много написано, в частности, об известной слепой-ясновидящей из города Петричи (Болгария) Евангелии Димитровой (бабе Ванге). В 14 лет она, захваченная смерчем, потеряла зрение, а в 16 лет стала ясновидящей. Явление, несомненно, уникальное: составлено 10 тысяч научных протоколов, отснято 40 научных фильмов. Наличие феномена неоспоримо, но природа его непонятна.
Во время сеанса ясновидения баба Ванга по классическим законам психометрии просит «пациента» принести с собой кусочек сахара (или другое кристаллическое вещество) и, прикоснувшись кончиками пальцев к кристаллу, рассказывает все о принесшем его человеке: на-

407

зывала имя, фамилию, социальное положение, родственников, прошедшее, настоящее и будущее. На вопрос одного из исследователей «Как Вы все это узнаете?» баба Ванга ответила: «Как видишь, у меня нет глаз, но я все равно вижу, в мыслях своих вижу».
Феномен ясновидения изучался у Ю. Ф. Воробьевой (г. Донецк). Эта пациентка после электротравмы перенесла клиническую смерть, почти полностью лишилась зрения. После этого у нее появились способности к ясновидению. Воробьева способна видеть людей насквозь, все их внутренние органы (биоинтроскопия). Кроме этого, она «угадывает» прошедшие события жизни (ретроспекция) и предсказывает будущее (проскопия).
Подобных фактов в коллективном опыте людей накопилось много. Так, голландец по имени Жерар Круазье успешно помогал полиции в поиске пропавших детей. Началось все с сильного стресса: у него пропал сын. Потрясенный случившимся, он внезапно «увидел», где находится его сын. (Нечто подобное описал М. В. Ломоносов после того, как «увидел» место, где погиб его отец.)
Таким же даром обладают наши соотечественники В. И. Сафонов, А. В. Мартынов, Л. Корабельникова и многие другие. Анатолий Мартынов описывает такой случай: «В ноябре 1983 года меня попросили найти пропавшего мальчика. Мне показали его фотографию. Сначала с лозой померил его поле: лоза не отклонялась, то есть мальчик был мертв. И в этот момент мне стала поступать информация, как бы бегущая на телеграфной ленте: «Сбит машиной, бросили в воду, повреждения на теле справа». Чтобы найти водоем, достаточно было иметь карту Подмосковья. Через несколько дней... тело мальчика нашли в пруду».
Телекинез (психокинез). Факт телекинеза интересен прежде всего тем, что он предполагает наличие у экстрасенса какого-то силового поля.
Академик Ю. Б. Кобзарев описывает, как экстрасенс В. Авдеев в его присутствии взглядом и «усилием мысли» останавливал или вращал стрелку компаса, не прибегая ни к какой механической силе, передвигал легкие предметы — сигареты, спички, банку из-под кофе и т. п.
Еще большую известность приобрела Нина Кулагина. Свои способности она обнаружила случайно. Еще будучи

408

девочкой, сидя за партой с одноклассницей и равнодушно наблюдая за тем, как та старательно выводит буквы в тетради, она вдруг обнаружила, что лежащая рядом промокашка стала передвигаться, потом «поехала» и тетрадь.

Кулагину исследовали многие видные ученые, которых нельзя упрекнуть в недобросовестности. В частности ее изучал видный психолог Э. К. Наумов. Кулагина перемещала по гладкой поверхности предметы массой до 1 килограмма, засвечивала руками сквозь светонепроницаемую упаковку фотопленку, удерживала в воздухе легкие предметы и т. п.

Из всех пси-явлений телекинез почему-то 1роизводит на физиков самое сильное впечатление. Дейтвительно когда видишь, как в воздухе, между полок и руками экстрасенса, парит достаточно тяжелый предмет, не веришь глазам своим. Первый вывод обычно такой: это фокус индусского факира, который бросает канат вверх и тот на глазах у зачарованной толпы зависает упираясь одним концом в небо. Но там беспристрастный фотоаппарат фиксирует на фотопленке, что канат в этот момент лежит у ног индуса, а здесь на фотографии фиксируется тот же самый эффект — парящий в воздухе предмет.

Психолог В. Н. Пушкин и биофизик А. п. Дубров наблюдали (с фиксированием на кинопленку) явления телекинеза у А. Виноградовой и Б. Еремеева. Б. Еремеев отмечал, что любой предмет, прежде чем «зависнуть» в воздухе, должен «прилипнуть» к его рукам. Интересно, что отрыв рук, т. е. «подвешивание» предмета происходит у этого экстрасенса только при задержке дыхания на вдохе.
Еще более выраженные явления телекинез наблюдались у Ури Геллера (Израиль), который специально обследовался в Калифорнийском университете. Геллер гнул и ломал металлические предметы, стирал магнитные записи. Он сгибал металлические прутья, не прикасаясь к ним, даже если они были помещены в специальные изоляционные трубки.
Полтергейст. Роберт Джон, один из известных исследователей этого вопроса, обронил в своем выступлении очень емкую фразу, назвав полтергейст «возвращенным спонтанным телекинезом».

409

Существуют различные гипотезы природы полтергей-ста: ультразвуковые колебания, плазменные образования, изменение геомагнитного поля Земли, многомер-ность пространства и др.
Естественно, если даже ученые не могут объяснить природу этих явлений, то большинство людей, даже те, кто относится к ним без скепсиса, приписывают подобные явления действию потусторонних сил, духов, привидений и т. п.
Вот как описывают очевидцы один из случаев полтергейста: «Самопроизвольно движутся различные предметы, находящиеся в квартире: вывинчиваются предохранительные пробки, сбрасываются на пол постельные принадлежности, перевернулся вверх ногами стол, упал, но при этом не разбился трельяж, открываются окна, через которые на улицу

вылетают подушки, одеяло, матрац и иные вещи...» Это происходило в 1988 г. в деревне Слобода Смолевичского р-на Минской обл. в семье Г. Е. Климашенко в присутствии многих свидетелей, в том числе и сотрудников милиции.
А вот как описывают подобные же явления, происшедшие 28 ноября 1982 г. в Измайлове (Подмосковье). «В 23 часа 20 минут кто-то начал ломиться во входную дверь квартиры. Открыли — никого. Закрыли дверь, и через несколько минут из замочной скважины внутрь квартиры стали вылезать ключи — даже завернутые в два оборота. Живущая в квартире женщина с двумя малолетними детьми вызвала по телефону отца и соседа. Они проверили, не хулиганит ли кто на лестничной клетке. Никого не было. После возвращения в квартиру «кто-то» начал срывать с отца шапку. Полетела вешалка. Сапог, лежавший в коридоре на полу, взлетел в воздух. Придвинули стол к двери, но его все время кто-то отодвигал. Ночной грохот возмутил соседей, и они вызвали милицию. Прибывший на место происшествия милиционер видел движение предметов, но принимать никаких мер не стал, так как нарушителей не обнаружил».
Таких случаев сейчас зафиксирован не один десяток, и всегда отмечалась интересная особенность: несмотря на интенсивные движения и перемещения хрупких и стеклянных предметов, они обычно не разбиваются, выброшенные в окно или двери предметы с содержи-

мым не переворачиваются, а аккуратно ставятся на пол. Остается не смятой одежда, целыми банки с вареньем и т. п.

Интересна еще одна деталь: почти во всех случаях жители вызывали милицию, та составляла протокол, достаточно подробно описывала события, но считала их, как правило, «самодеятельным представлением», а самих жителей квартиры и многочисленных свидетелей обследовали в психиатрических учреждениях.

Отношение ученых к этим странным явлениям неод. позначно, Вот что пишет по этому поводу академик Ю. Б, Кобзарев «Хотя такого рода явления не укладываются в рамки нацщх представлений о мире и нам не известен их механизм,мы не должны просто отмахиваться от них... К сожалению, и многие физики не верят в явления бесспорнее и экспериментально подтвержденные только потому, что их пока нельзя объяснить» («Известия», 22 янв. 1987 г.).
Такие парапсихологические феномены, как телекинез или полтергейст, в большей мере волнуют умы физиков. Это понятно. Но существуют парапсихологические феномены, которые (и тоже по понятным причинам) больше занимают, медиков. Таких феноменов много. Рассмотрим только два из них: «кожное зрение» и дистанционное экстрасенсорное целительство.
«Кожное зрение». Начнем с того, что за кожей не признается способности к восприятию света. В коже нет рецепторов выполняющих функцию «палочек» и «колбочек», Не связана кожа и со зрительными центрами в головном мозге, что давало бы возможность каким-то образом трансформировать в зрительные образы поступающие в эти центры раздражители. Дело, по-видимому, обстоит иначе.

Через кожу поглощается и выделяется большое количество энергии. Эта энергия, а также те заряды, которые, как свидетельствуют теория и практика акупунктуры, циркулируя по кожной поверхности, в определенных условиях могут вступать в различные взаимодействия с лучистой энергией света. Вот это воздействие биополя кожи и света может порождать новые виды раздражителей, которые в свою очередь способны влиять на кожные рецептору вызывая те или иные ощущения. Следова-

тельно, правильнее говорить не о «кожном зрении», а о восприятии через кожу продуктов взаимодействия биологических полей и энергии света. По существу, происходит превращение биополя в канал восприятия. И это может касаться не только «зрения».

В физиологии известен факт, что чувствительность любого рецептора в определенных условиях (гипноз) и при тренировке (условно-рефлекторная методика) может быть существенно повышена, и те раздражители, которые раньше не воспринимались (или воспринимались в иной степени интенсивности), начинают восприниматься достаточно отчетливо. Другими словами, порог восприятия этих раздражителей понижается.

В начале 30-х годов Н. Б. Познянская провела цикл экспериментов, доказывающих, что под влиянием длительной тренировки у большинства людей, участвовавших в эксперименте, снижался порог кожной чувствительности в отношении лучистой энергии (имеется в виду видимая часть спектра).

В дальнейшем А. Н. Леонтьев (1972), используя методику Н. Б. Познянской, продолжил эксперименты. В результате удалось выработать реакции человека на засветку участка кожи лучом света. Только этот необычный для кожи раздражитель воспринимался участником эксперимента в виде «кожных» ощущений: «чувство легкого тепла», «ветерок», «покалывание» и т. п.

Эти эксперименты имели принципиальное значение, так как нарушали устоявшиеся границы между психологическим и парапсихологическим. Действительно, в экспериментах, поставленных в традициях классической физиологии и психологии, было доказано, что кожа может воспринимать видимый спектр света.

В дальнейшем, когда были поставлены эксперименты с дифференцированным светом (с цветом), субъективная дифференцировка этих раздражителей, падающих на кожу, еще более углубилась: «красный, потому что как будто палочки какие-то», «синий — что-то вроде крестиков и покалывания» (из протоколов экспериментов с Розой Кулешовой А. Н. Леонтьева).

Таким образом, эксперименты достаточно убедительно доказывали, что кожа может воспринимать свет и даже цвет, но это не какой-то новый вид фоторецепции. Гипо-

теза этого феномена (но только гипотеза) заключается в следующем.

Падающие на кожу фотоны взаимодействуют с теми излучениями (большей частью термическими и электрическими), которые через кожу идут вовне, а также с теми зарядами, которые оказались в околокожном пространстве. Вот этот чисто физический процесс оказывает воздействие на кожу, воздействие столь слабое, что у большинства людей в обычной ситуации остается незамеченным. Но при изменении условий путем тренировки порог чувствительности к этим раздражителям может быть понижен и организм начинает на них реагировать. Известно, что в особых состояниях слабые раздражители могут быть и не адекватными (вспомните ожог, который в состоянии гипноза может быть вызван прикосновением холодного предмета). Существуют отдельные люди, которые воспринимают эти раздражители, как правило, в виде особых тактильных ощущений. Вспомним, как дифференцировала Роза Кулешова воспринимаемые ею «на ощупь» цвета:

«красный — крестики», «желтый — шероховатость», «зеленый — вертикальные и горизонтальные палочки», «голубой — маленькие черточки с кружками между ними» (из протокола эксперимента).

Исследования, проводимые с экстрасенсами, показали, что кожно-оптическая чувствительность этих людей принципиально отличается от зрительного восприятия. Во-первых, способностью воспринимать световые раздражители (цвета, буквы) сквозь светонепроницаемые экраны (проникающая способность). Во-вторых, способностью различать цвета (Кулешова) в полной темноте. В-третьих, умением «читать» пальцами надписи, сделанные «симпатическими чернилами» (молоко, сахар и бесцветная соль) и не видимые глазом на белой бумаге.

Существует и гипотеза электромагнитной природы «кожного зрения» (М. М. Кожевников), согласно которой определенные цвета отражают электромагнитные волны определенной длины. Вот их-то и воспринимают сверхчуткие пальцы экстрасенса.

Если вдуматься, первая гипотеза мало чем отличается от второй. И там и тут речь идет об использовании биополя как канала восприятия, другими словами — о полевом восприятии. В самом деле, какая разница, восп-

413

ринимается ли только электромагнитное поле или более сложное, «смешанное» поле? Более интересным нам представляется другое, а именно, что «кожное зрение» является лишь частным случаем полевого восприятия.

В эту группу скрытых возможностей человека помимо способности «видеть» сквозь светонепроницаемые экраны можно включить и способность некоторых экстрасенсов таким же образом «видеть» и внутренние органы другого человека. Речь идет о возможных диагностических способностях этих людей. Различать посредством кожи пальцев я ладоней форму, цвет, температуру внутренних органов пациента так же трудно и так же легко, как читать и узнавать цвета сквозь непрозрачное покрытие.

Таких «диагностов» сейчас появилось очень много. Но настоящих экстрасенсов среди них мало, практически единицы. Одним из таких людей является москвич В. И. Сафонов. Процедура диагностики, проводимой Сафоновым, обычно сводится к следующему. Экстрасенс проводит ладонями сверху вниз вдоль позвоночника или средней линии груди на расстоянии 5—6 сантиметров от обследуемого и находит места, как он говорит, «расбаланса». Обычно это сложное тактильное ощущение в пальцах и ладонях. Вот эти ощущения, различные по своему характеру и интенсивности, и дают основание В. И, Сафонову «увидеть», что с тем или иным органом «не все в порядке». Большего Сафонов не может, за большее он и не берется.

Интересно, что В. И. Сафонов обладает способностью и к «кожному зрению». По крайней мере в присутствии большой группы ученых он сквозь непрозрачное покрытие безошибочно узнавал границы стыкованных цветных квадратов.

Дистанционное экстрасенсорное целительство. Типичным примером дистанционного целительства является внушение в гипнозе. Это сейчас гипноз никого не шокирует, хотя природа его так до конца и не выяснена. А было время, когда вокруг гипноза кипели страсти ничуть не меньшие, чем сейчас вокруг дистанционной биоэнерготерапии.

Сеансы А. М. Кашпировского психологи и психотерапевты по-разному интерпретируют, по-разному оценивают, но мало кто (кроме самого Кашпировского) сомнева-

414

ется в том, что это одна из форм гипнотического воздействия. А вот когда дело доходит до дистанционного воздействия Джуны, Игнатенко, Авдеева или Чумака, то здесь мнение далеко не однозначное, а отношение к целительству чаще всего отрицательное. Сюда же, пожалуй, следует отнести и нашумевший в последние годы (в нашей печати) целебный эффект филиппинских хирургов-хиллеров.

Как относиться к дистанционному целительству? Прежде всего следует четко дифференцировать подобного рода явления. Никто сейчас не возражает против целебного воздействия гипноза. Принципиальное возражение против массовых сеансов Кашпировского обусловлено тем, что они проводятся без предварительной диагностики, следовательно, нецеленаправленно, без определения показаний и противопоказаний, а также без «обратной связи» с пациентом. Врач не знает, что происходит с больным после проведенного лечения, и не влияет на динамику заболевания.

Другое дело — дистанционное воздействие посредством кожи рук Джуны или недавно скончавшегося экстрасенса из Краснодара А. Е. Криворотова. О Джуне написано очень много. У нее лечились такие пациенты, как Расул Гамзатов, Аркадий Райкин. А вот о Криворотове знают мало. Личность эта легендарная. Его судили за шарлатанство, приговаривали к расстрелу, а командующие фронтами во время Великой Отечественной войны правдами и неправдами воровали его друг у друга. Криворотов с помощью рук снимал головную боль, утомленного до предела человека снова делал работоспособным.

Маршал Жуков совсем не был склонен ни к мистике, ни к сантиментам, но когда однажды после нескольких бессонных ночей ему вновь предстояла большая и ответственная работа, к нему привезли Криворотова. Прошло полчаса, и маршал ожил, у всех на глазах встал и сухо, но с благодарностью сказал: «Как рукой сняло».

Еще сложнее дело обстоит с Аланом Чумаком или Андреем Игнатенко. Факты «зарядки» воды и кремов посредством телевизора у здравомыслящего человека вызывают чувство недоумения, а порой и возмущения. На наш взгляд, «целительная сила» Чумака — не что иное, как вариант суггестии.

415

Экстрасенсорная диагностика и целительство благодаря своей малой изученности трудно поддаются верификации. Поэтому появилось огромное количество людей, которые, не обладая качествами сенситива, тем не менее занимаются экстрасенсорной диагностикой и целительством.

Итак, накопились неоспоримые факты, свидетельствующие о том, что парапсихологические феномены существуют. Но эти феномены встречаются крайне редко, а людей, обладающих экстрасенсорными способностями, не более, чем золота в песчаном карьере. Между тем, пользуясь низким культурным уровнем населения, экономическим и социальным кризисом, бесконтрольностью и вседозволенностью, а главное — бездуховностью людей и нищетой нашей медицины, на роль экстрасенса-целителя претендуют очень многие.

ПУТИ ИЗУЧЕНИЯ ПРИРОДЫ ПАРАПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ФЕНОМЕНОВ

Природа практически всех парапсихологических феноменов не известна. Пока мы можем говорить только об определенных концепциях, в той или иной мере объясняющих природу этих феноменов, а еще точнее — намечающих пути к их исследованию. Объем главы позволяет нам лишь коротко остановиться на некоторых из этих концепций.

Концепция волновой структуры мира. Парапсихологические феномены исследуются давно. В начале века особое внимание привлекло к себе явление телепатии. Это было, несомненно, связано с изобретением радио. Глава, посвященная телепатии в уже упоминавшейся нами книге Л. Л. Васильева, так и называлась: «Существует ли мозговое радио?» Физики опередили биологов. Пока биологи спорили о природе телепатии, физики научились передавать на расстояние звуки, человеческую речь и человеческую мысль.

Естественно, что природа передачи мысли на расстояние связывалась, по аналогии с радио, прежде всего с электромагнитными волнами. Но скоро пришло разочарование. Работы многих коллективов ученых, доказав сам факт передачи мысли на расстояние,

416

одновременно похоронили электромагнитную гипотезу телепатии.

Несостоятельной оказалась концепция электромагнитных волн и при объяснении других, парапсихологических феноменов. В результате остроумно поставленных экспериментов было выяснено, что, для того чтобы вызвать ощущение легкого давления от руки экстрасенса, магнитное поле руки должно примерно в миллион раз превысить магнитное поле Земли. Более того, экстрасенс должен при этом выделить всю энергию в течение 0,001 секунды. Стало понятным, что концепция электромагнитных волн и в объяснении природы телекинеза зашла в тупик.

Итак, нужны были новые открытия, нужно было создание целого направления в физике — квантовой механики, чтобы научная мысль сдвинулась с мертвой точки.

В привычном понимании мир дискретен. Предполагается существование отдельных объектов, а между ними — механическое или гравитационное взаимодействие.

Когда стали серьезно исследовать микромир, то оказалось, что элементарные частицы не только дискретны (корпускулярны), но одновременно являются и волновыми образованиями, представляя собой как бы единый пакет материи. Частица, обладающая волновыми свойствами, теряет признак конечности, ограниченности и, говоря образно, может существовать одновременно во всей Вселенной. Это не точка в пространстве — нейтрон, это волна бесконечной протяженности. Поэтому этот нейтрон (или электрон) может одновременно существовать во многих точках пространства.

Можно привести еще одно образное сравнение. Стул, стоящий в аудитории, — это объективная реальность, адекватно воспринимаемая нашими органами чувств, но с позиции квантовой механики — это волновая структура. Просто в этом месте (в аудитории) этих волн больше, т. е. в данной точке пространства они, эти волны, более сконцентрированы. Это кажется невероятным, но находит свое экспериментальное подтверждение в физике. В частности, нелокальность макрообъектов подтверждается голографией.

417

Методом специальной съемки сначала можно получить фотопластинку, на которой будут изображены полосы, пятна, ничего общего не имеющие с тем же стулом. Если же потом такую пластинку поставить под луч света (лазера), то недалеко от этой пластинки в пространстве появится изображение стула, точная копия того, что был сфотографирован. Это изображение будет объемным, т. е. голограмму стула можно обойти вокруг, рассмотреть со всех сторон. Удивительно, что если разбить пластинку и пропустить свет сквозь ее осколок, мы опять получим полное изображение стула. Вот эта голограмма и есть стоячая волна.

Если теперь представить себе Вселенную в виде гиперсферы, то, исходя из принципиальных положений квантовой механики, каждый предмет, являясь стоячей волной, находится, как в фокусе, в определенном пространстве, где мы его видим, но одновременно и во всех точках Вселенной.

Мыслим дальше. Если все объекты Вселенной находятся одновременно в любой точке пространства, значит, явления ясновидения и дальновидения вполне объяснимы, надо только обеспечить в данной точке (в точке нахождения экстрасенса) достаточную фокусировку предмета.

Если встать на позицию квантовой механики и признать реальность стоячих волн и голографии, то информацию, записанную в наших генах, можно рассматривать не как набор аминокислот, а как совокупность голограмм.
С позиции квантово-волновой механики можно объяснить и многие другие процессы психики. Еще А. А. Ухтомский указал на так называемые резонансные явления в центральной нервной системе. Чем иначе можно объяснить мгновенное угадывание или, к примеру, синхронный перевод? Исследования американского лингвиста Кэтелла и отечественных психологов (Пушкин, Дубров, 1990) показывают, что на синхронный перевод слова нужно в среднем 0,43 секунды, столько же нужно для его произнесения. Значит, сам процесс перевода происходит мгновенно? Этот факт можно объяснить только явлением резонанса, а это в свою очередь возможно только при волновом кодировании информации.

Возможна такая аналогия: при воздействии определенным звуком на все струны арфы вибрирует (резонирует) только та струна, которая настроена на эту звуковую
волну.

Сейчас есть основания говорить о голографической природе образов и мыслей человека. В этом отношении несомненный интерес представляют работы Г. П. Крохолева (1977), который с помощью специальной методики сумел запечатлеть на фото- и кинопленку зрительные галлюцинации психически больных. Ученый считает, что зрительная галлюцинация — это обратная передача информации от зрительного анализатора к периферии. Глаз в этом случае играет роль пластинки голограммы. Напрашивается мысль, что если образ того или иного предмета, генерируемого мозгом человека, в своей физической сущности является стоячей волной, своего рода голограммой, то к этому образу могут быть применены принципы квантовой механики, и прежде всего — признак нелокальности, о котором мы уже говорили. А если это так, то можно утверждать, что мысли и образы существуют (в латентном состоянии) в любой точке пространства.

Если еще учесть принцип резонанса Ухтомского, то в таком случае можно, конечно, с определенными оговорками, представить себе механизм телепатии.

Концепция многомерности пространства-времени. С позиции современного естествознания пространство и время не мыслятся отдельно от материи. Материя существует в пространстве и во времени. Более того, пространство и время сами относятся к основным формам материи. Каждая из этих форм материи имеет свои свойства, которые принято разделять на топологические и метрические.

Топологические свойства пространства: трехмерность, непрерывность, протяженность; топологические свойства времени — одномерность, непрерывность, связность, однонаправленность.

Метрические свойства пространства: длительность, гомогенность, изотропность, кривизна; времени — однородность.

Начиная с работ Палладия, Миньковского, Эйнштейна, не вызывает сомнений тот факт, что пространство и время находятся в достаточно жесткой взаимосвязи и

взаимозависимости. Существует даже такое обобщенное понятие: пространство-время, имеющее не только физический, но и философский смысл.
Все сказанное относится к так называемым классическим понятиям о пространстве и времени.
Долгие годы мы исходили из созданной Альбертом Эйнштейном общей теории относительности, в которой геометрия существования пространства и времени определялась в зависимости от наличия и движения крупных космических объектов. Согласно этой теории, пространство-время и гравитационное поле неразрывно связаны друг с другом и образуют единое поле ~ неизменяемое искривленное пространство Вселенной.
Физик Джон Уиллер в одной из своих работ образно сказал о сути этой взаимосвязи: «... пространство говорит веществу, как двигаться, а вещество говорит пространству, как искривляться».
Сейчас становится понятным, что общая теория относительности Эйнштейна была лишь первым шагом в тайны пространственно-временных отношений.
Сейчас эта теория расширяется и углубляется. Появилось новое понятие о многомерности пространства-времени, совершенно новое представление о вакууме. Уточнены такие фундаментальные понятия, как ход времени, его направленность, последовательность смены от прошлого к будущему и т. д.
Давайте и мы немного углубимся в эти понятия.
Напомним, что в классической теории Эйнштейна есть такое понятие, как трехмерность пространства. Это пространство, к которому мы привыкли в своей повседневной жизни.
Стоящий в аудитории стул имеет свою высоту, длину и ширину, другими словами, он имеет свой объем. Объем — главная характеристика трехмерного пространства.
Физики предполагают, что существует четырехмерное и более многомерные пространства. Как себе это представить? Попробуем мыслить простейшими геометрическими категориями. Точка и линия лежат в одной плоскости. Если рассматривать линию как след от точки, плоскость — как след от движения линии, то тело можно

рассматривать как след от движения плоскости, если, конечно, плоскость при движении меняет свое направление (трехмерное пространство). Ну а если представить себе след от движения объемного тела, меняющего при движении свое направление? Вот это и будет модель четырехмерного пространства.

Рассуждения такого порядка можно продолжить. Если взять точку, то ее можно рассматривать как поперечный разрез (срез) линии; линию — как разрез плоскости, поверхность — как разрез тела, а трехмерное тело (куб, шар и т. п.) по аналогии — как разрез тела четырехмерного измерения. Более того, все трехмерное пространство, в котором мы живем, можно рассматривать как разрез четырехмерного пространства. А из этого логично предположение, что воспринимаемые нами трехмерные тела могут быть только частью (срезом) совсем другого четырехмерного тела.

Сказанное можно проиллюстрировать примером.

Если через крону ветвистого дерева провести плоскость параллельно земле (или перпендикулярно стволу), то на этой плоскости ветви дерева (верхние их срезы) будут выглядеть как не связанные друг с другом окружности (двухмерное пространство). Между тем в нашем трехмерном пространстве эти «отдельные круги» представятся нам кроной дерева, имеющей общий ствол и питающейся от одного корня.

Второй пример. Представьте себе зрительный зал, но на освещенном прожектором экране не демонстрируется фильм, а перемещаются тени от летающих в зале воздушных шаров. Представьте также, что зрители, находящиеся в трехмерном пространстве (кинозал), видят только эти перемещающиеся по экрану тени. Предположим, что летающие шары сталкиваются друг с другом, а потому меняют направление своего движения, или проплывают мимо, не задевая друг друга. Тогда в своих наблюдениях зрители столкнутся с тем, что одни и те же условия (экран — двухмерное пространство) приводят к различным результатам: в одних случаях столкновение шаров ведет к изменению их движения, в других — шары беспрепятственно проходят друг сквозь друга. Как понять это явление, если не находиться в трехмерном пространстве?

В настоящее время все большее число исследователей (Вернадский, 1975; Мостепаненко, 1974; Дубров, Пушкин, 1990 и др.) приходят к выводу, что психические процессы — это качественно новая форма материи и потому, как любая материя, находятся в тесном взаимодействии с пространством и временем. Более того, материальный субстрат психики подчинен тем же законам физики, что и пространственно-временные отношения. Мозг же человека является специфическим органом, в котором происходит смена пространственно-временных характеристик внутреннего и внешнего мира.

Несомненно, это предположение и смелое, и спорное. Но оно находит в последние годы все больше сторонников. По существу, к таким же выводам приходит в своей работе «Философский анализ антиномий науки» наш белорусский философ А. К. Манаев (1974).

Гипотез, основанных на этом предположении, много. Уже одно это свидетельствует о том, что ни одна из них не может претендовать на законченную теорию. Существует, например, гипотеза, суть которой заключается в том, что информация о прошедшем сохраняется в определенных структурах мозга, передается по наследству, а потом «считывается» экстрасенсами (Dean, 1976). Ясно, что гипотеза эта уходит корнями в учение Юнга о коллективном бессознательном.

П. К. Анохин (1968) выдвинул теорию опережающего отражения действительности. Суть ее заключается в способности живых организмов к предупреждению изменений во внешней среде посредством «опережающей» адаптации к ним. Правда, природу этого явления ученый так и не раскрыл.

Несомненный интерес представляет и гипотеза В. Тиллера (Tiller, 1976). Суть ее в том, что «положительному» пространству-времени нашего мира соответствует «отрицательное» пространство-время. Это как бы две сферы. Одна из них, «положительная», движется примерно со скоростью света, а вторая, «отрицательная», во много раз быстрее. Частицы одной сферы являются копией второй сферы, только последние имеют отрицательную массу и энергию. Позитивная и негативная сферы взаимопроникают друг в друга, занимают одно пространство, хотя и имеют различные частотные уровни с разницей порядка

10^{10}. Эта гипотеза позволяет объяснить такие парапсихологические феномены, как телепатия, предвидение, дематериализация и др.

Нам больше импонирует гипотеза В. И. Вернадского. В 1975 г. вышла его небольшая книга «Размышления натуралиста», в которой он выдвинул идею о существовании различий пространственно-временных отношений живой и неживой (косной) материи. Согласно этой гипотезе, биологическое время (время живой материи) в отличие от косного неоднородно и течет неравномерно благодаря непрерывному изменению организма (рост, старение) и его способности накапливать информацию. Причем накапливание информации замедляет время, а потеря информации ускоряет его. Поэтому чем выше организация живой материи, тем медленнее течет собственное «живое» время. Если исходить из того, что это положение правильно, то время наиболее «сжато», «сконцентрировано» в гаметах (яйцеклетка, сперматозоид), где закодировано огромное количество информации.

С особенностями биологического времени В. И. Вернадский связывает дисгармонию и свойственную живому миру гармонию.

Вспомните понятие о «золотом сечении», «золотых числах». Всюду, где человек ощущает гармонию (форма, цвет, музыка), фигурируют «золотые числа» 1,618 и 0,618. Возьмем пример. Если за центр тела человека взять пупок, то у мужчин соотношение нижней части тела к верхней будет равно в среднем 1,7 (1,618), а у женщин — 1,5. Вот почему женщины любят каблуки.

На основании своей гипотезы В. И. Вернадский делает вывод, что биосфера состоит из «живого» и «неживого». Переход одного в другое в принципе невозможен, а потому жизнь вечна, как Вселенная. Жизнь пришла из космоса, но не в виде молекул, а в виде постоянно действующих биологических полей. Под влиянием этих полей жизнь образуется везде, где есть условия для дальнейшего существования живого. Это дало основание В. И. Вернадскому говорить не только о геологической роли человеческой психики (биосфера), но и о наличии вселенского разума (ноосферы).
Информация в ноосфере накапливается в виде своеобразных деформаций пространственно-временного конти-

423

нуума, точнее, в виде его вибраций. Эти микрогравитационные вибрации заполняют все пространство Вселенной и в нашем реальном мире носят характер голограмм, причем голограмм четырехмерных. Считывание этих голограмм (а в них вмещено настоящее, прошедшее и будущее) и лежит в основе таких парапсихологических феноменов, как ясновидение, дальновидение. Каналом настройки на эту информацию является интуиция, другими словами, наше бессознательное.
Концепция биополя. Эйнштейн, создав свою теорию относительности и осознав реальность пространственно-временного континуума, смутно догадывался, скорее всего интуитивно чувствовал, что фундаментальные физические поля (электромагнитное, гравитационное, термическое, ультразвуковое и пр.) нашего трехмерного мира есть лишь пространственные части чего-то единого, целого, названного им *суперполем.* Весь остаток жизни Эйнштейн посвятил созданию теории суперполя, но решить эту проблему так и не смог.
В последние годы эта догадка гениального ученого находит все большее подтверждение. Прежде всего сложилось новое представление о вакууме. Долгое время это понятие отождествлялось с безграничным, пустым пространством. Мы привыкли, что вакуум — это безвоздушное пространство, пустота, ничто. Однако исследования последних 2—3 десятилетий показали, что вакуум — это особая материальная среда, образованная «смогом» спонтанно рождающихся и исчезающих частиц. Эти частицы вступают в постоянные взаимодействия, и в зависимости от этого вакуум может находиться в различных состояниях. Под воздействием электрического поля, например, вакуум поляризуется, а при иных условиях приобретает свойства сверхпроводника. Вакуум может быть в уплотненном или скрученном состоянии, может быть искривлен или разряжен. От этого, по мнению многих ученых (Барашенков, 1982 и др.), и зависит материальное содержание мира. Другими словами, материальный мир — это вакуум в различных его состояниях и формах.
Так в науке наметилось понимание, что носителем физических полей являются не объекты, а вакуум. К примеру, магнитное поле не принадлежит магниту, а просто магнит является структурой, которая аккумулирует маг-

424

нитную составляющую из вакуума, точнее, магнитную составляющую из суперполя. Точно так же все материальные тела являют собой прежде всего гравитационную составляющую суперполя.
Живая материя как более динамичная структура в зависимости от состояния и условий аккумулирует интегральную часть суперполя, которая в данный момент наиболее необходима для ее жизнеобеспечения. Именно эта комплексная часть суперполя и получила сейчас название *биополя.*
Почему-то, когда говорят о биополе человека, многие связывают это понятие с термическими или электрическими колебаниями. Это не совсем так. Специфическое биополе живого организма имеет сложную структуру. И все-таки основной составляющей биополя, по современным понятиям, является гравитационное поле.
Оно наблюдается в таких жизненно важных процессах жизнедеятельности, как мышечное сокращение, кровообращение, проведение нервного импульса, деление клеток.
Наиболее наглядным в этом отношении является деление клеток (митоз). Одной из фаз митоза является расхождение хромосом к полюсам клетки. Исследования показали, что никакими известными физическими силами (электрическими, магнитными, реактивными, термодинамическими и др.), кроме гравитационных, нельзя объяснить механизм расхождения хромосом к полюсам клетки.
Если основной составляющей биополя является гравитационное поле, то более понятной становится природа телепатии, при которой передача и прием мыслей не зависят от расстояния и вида экранировки. Современная наука знает только один вид поля, которому присущи эти свойства, — поле гравитации. Только гравитационным полем можно объяснить природу и таких явлений, как психокинез, полтергейст.
В плане наших рассуждений заслуживают внимания исследования, проведенные еще 30 лет назад известным физиком К. П. Станюковичем (1965), доказавшим в эксперименте, что гравитационные волны могут квантоваться и переходить в самые различные виды полей и энергий.
Помимо гравитации существует еще понятие о биогравитации. Эти два понятия схожи по смыслу, но не тож-

425

дественны друг другу. Прежде всего биогравитация не связана с кинетикой больших масс. По определению А. П. Дуброва и В. Н. Пушкина (1990), *биогравитация* — это способность человека в результате необычной психической деятельности создавать, излучать и воспринимать определенный вид физического поля, имеющего специфическую квантово-импульсную природу, сходную с гравитацией, и в то же время имеющего свои «особые черты». Суммируя эти «особые черты», можно выделить следующее: 1) биогравитация возникает только в результате деятельности живого организма; 2) она обладает универсальной способностью превращаться в другие виды полей и энергий; 3) она может быть как положительной, так и отрицательной (притягивать или отталкивать); 4) она действует на любом расстоянии и с любым по качеству материальным телом; 5) биогравитация способна переносить неограниченную информацию.

На основании квантовой теории биополя выдвинута интересная гипотеза резонансно-полевого взаимодействия (РПВ). Это шестое чувство, основанное на неспецифической рецепции. Вероятно, это наиболее древнее чувство.

РПВ является уникальной способностью человека и других живых организмов взаимодействовать между собой и со всей окружающей средой на основе резонансной связи полей и тем самым представляет собой универсальный принцип взаимодействия в природе. Для РПВ свойственны: 1) безэнергетичность (эффект зеркала); 2) отсутствие специфической рецепции; 3) дистанционность действия (действие на любом расстоянии).

Закончить краткое изложение концепции биополя хотелось бы словами рано ушедшего из жизни известного отечественного психолога и биофизика В. Н. Пушкина. До 1979 г. он руководил лабораторией эвристики Научно-исследовательского института общей и педагогической психологии Академии педагогических наук СССР в Москве и внес большой вклад в понимание природы парапсихологических явлений.

В одной из своих работ (1980) он писал: «Понятие актуального (структурного) биологического поля позволяет продвинуться в анализе природы того волнового способа кодирования информации о внешнем мире, с помощью которого оказывается возможным адекватное

отражение объектов. Понятие этого поля может быть сопоставлено с парапсихологическим явлением, например информационным воздействием человека с растением, и паранормальной диагностикой. Нетрудно увидеть, что эти явления могут быть рассмотрены как прямое и непосредственное свидетельство существования структурных биополей человека и биоинформационной сущности этих полей».

Итак, теории, объясняющей природу парапсихологических феноменов, нет. Изложенные нами концепции, во-первых, только небольшая часть того, что сделано в этой области знаний, во-вторых, это не более как направления, вехи, двигаясь по которым можно в конечном итоге разгадать не разгаданные еще тайны природы.